

Rev. Soc. Esp. Dolor
11: 505-514, 2004

La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica

M. Soto¹ e I. Failde²

Soto M, Failde I. Health-related quality of life as an outcome measure in patients with ischemic cardiopathy. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 505-514.

SUMMARY

The term health-related quality of life (HRQL) is a concept related to the assessment of how the individual perceives health and that covers both objective and subjective aspects.

Despite the lack of consensus about its definition, several tools have been developed for the measurement of HRQL in different pathologies, such as in the ischemic cardiopathy. These tools take into consideration different dimensions of the HRQL and are usually classified as generic or specific questionnaires.

These tools must have certain features in order to be considered useful, allowing to record patient perceptions in a quantitative or semi-quantitatively way that might be communicated and used to describe, assess or compare.

The assessment of HRQL is important due to the high relevance of this disease in terms of epidemiology and health care, and also in terms of the related psychological aspects that are not always duly considered by clinicians.

We describe the most widely used generic and specific HRQL questionnaires in ischemic cardiopathy, indicating the dimensions covered by each of them.

Finally, the main uses of the measurement of HRQL in the ischemic cardiopathy for the assessment of outcomes

are reviewed, with reference to clinical trials and cardiac rehabilitation. It is stressed that the assessment of HRQL in the ischemic cardiopathy provides us with a final health outcome focused on the individual instead of the disease; focused on how the patient feels, regardless the clinical data.

Hence, the assessment of HRQL in the ischemic cardiopathy is a tool aimed to promote a patient-focused health care and to provide information that complements the traditional clinical assessment. For this purpose, the clinical interpretability of the different assessment questionnaires should be further improved. © 2004 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.L.

Key words: Health-related quality of life. Ischemic cardiopathy. HRQL questionnaires. Outcome measures.

RESUMEN

El término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) surge como un concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, recogiendo tanto aspectos objetivos como subjetivos.

Aunque no hay un consenso en su definición, se han desarrollado diversos instrumentos de medición de CVRS en diferentes patologías, entre ellas la cardiopatía isquémica. Los diversos instrumentos tienen en cuenta distintas dimensiones de la CVRS y suelen clasificarse en cuestionarios genéricos y específicos.

Estos instrumentos deben cumplir una serie de características para ser considerados útiles, permitiendo la posibilidad de registrar las percepciones del paciente de una forma cuantitativa o semicuantitativa, que pueda comunicarse y utilizarse para describir, evaluar o comparar.

La importancia de la medición de CVRS en cardiopatía isquémica radica en la magnitud del problema de esta enfermedad en términos epidemiológicos y de asistencia sanitaria, así como en los aspectos psicológicos relacionados con ella que en ocasiones no son debidamente tenidos en cuenta por los clínicos.

Se describen los cuestionarios de CVRS tanto genéricos como específicos más utilizados en cardiopatía isquémica, mostrando las dimensiones contempladas por cada uno de ellos.

¹Médico Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

²Facultativo Especialista de Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Catedrática de Escuela Universitaria de Salud Pública. Universidad de Cádiz.

Recibido: 07-05-04.
Aceptado: 30-10-04.

Finalmente se analizan las principales aplicaciones de la medición de CVRS en cardiopatía isquémica en el campo de la evaluación de resultados, haciendo mención a los ensayos clínicos y a la rehabilitación cardiaca. Se pone de manifiesto que la evaluación de la CVRS en cardiopatía isquémica nos aporta un resultado final de salud que se centra en la persona, no en la enfermedad; en cómo se siente el paciente, independientemente de los datos clínicos.

Se sitúa así la medición de CVRS en cardiopatía isquémica como un instrumento para promover la atención centrada en el paciente, proporcionando una información complementaria a la valoración clínica tradicional. Para ello será necesario seguir mejorando la interpretabilidad clínica de los diversos cuestionarios de medición. © 2004 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

Palabras clave: Calidad de vida relacionada con la salud. Cardiopatía isquémica. Cuestionarios de CVRS. Medidas de resultados.

ÍNDICE

1. CONCEPTO Y DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA
2. MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA
3. IMPORTANCIA DE LA MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE CALIDAD DE VIDA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
5. APLICACIONES DE LAS MEDIDAS DE CALIDAD DE VIDA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
6. TENDENCIAS EN LA MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

1. CONCEPTO Y DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

Hace ya varias décadas que la Organización Mundial de la Salud definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad. De esta definición se desprende que la evaluación de la salud no puede estar limitada a los factores clínicos tradicionales basados en variables puramente biológicas.

Así, debe valorarse tanto el estado *objetivo* de la salud, de funcionalidad y de interacción del indivi-

duo con su medio, como los aspectos más *subjetivos*, que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud (1).

En un intento de dar respuesta a estas valoraciones más amplias de la medición de salud surge, a mediados de los años setenta, el término “calidad de vida” (CV). Aparece como un concepto multidimensional que pretende valorar el efecto que la enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto individual, familiar y social.

No existe, sin embargo, un consenso sobre la definición de calidad de vida, e incluso en la literatura se utilizan los términos “estado de salud”, “estado funcional”, “calidad de vida” o “calidad de vida relacionada con la salud” como sinónimos, cuando realmente son términos relacionados, pero responden a conceptos distintos.

Aunque no existe una definición generalmente aceptada y utilizada de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), Herdman y Baró (2) citan la definición propuesta por Shumaker y Naughton, que refleja adecuadamente el enfoque tomado por muchos investigadores en este campo:

“La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional”.

Los aspectos más importantes de esta definición son el hecho de que pone el énfasis en la evaluación subjetiva que el individuo hace de su propia CV (es decir, que refleja la opinión del individuo sobre los distintos aspectos de su CV), e incorpora un número limitado y bien definido de dimensiones.

La CVRS, así definida, incorpora solamente aquellas dimensiones que el individuo experimenta directamente y no incluye otros elementos que aunque son importantes en la salud, el individuo no percibe directamente (por ejemplo, las características genéticas, bioquímicas o histológicas). Tampoco incorpora aspectos externos como la vivienda, el medio ambiente, o incluso la situación política y económica del país.

Aún así, no es fácil a la hora de operativizar estos conceptos en instrumentos, separar qué parte del bienestar/malestar en algunas dimensiones es debida a elementos relacionados con la salud y la atención sanitaria, y qué parte es debida a aspectos económicos, so-

ciales o políticos, dado que todo se relaciona entre sí.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud en su definición de calidad de vida (3), hace referencia a la importancia del contexto cultural y de valores en que se vive, así como a la relación que tiene la calidad de vida con las expectativas del propio individuo:

“Calidad de Vida es la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

Por tanto, no debemos olvidar que la CV está sometida a determinantes económicos, sociales y culturales. De este modo, la CVRS o salud percibida integra aquellos aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar, que pueden ser agrupados en cuatro apartados:

- Estado físico y capacidad funcional.
- Estado psicológico y bienestar.
- Interacciones sociales.
- Estado económico y sus factores.

Por otro lado, la CVRS constituye una importante variable de medida subjetiva del impacto que la enfermedad y su tratamiento producen en la vida del sujeto. Su valoración nos permite detectar alteraciones e intervenir precozmente, así como establecer comparaciones entre las distintas opciones terapéuticas. La evaluación de la CVRS en medicina nos aporta un resultado final de salud que se centra en la persona, no en la enfermedad; en cómo se siente el paciente, independientemente de los datos clínicos.

2. MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA

Teniendo en consideración que la CVRS es un concepto multidimensional, desde la percepción del paciente y que cada dimensión de la CVRS cambia con el tiempo, se han diseñado diversos instrumentos para establecer una aproximación a la medición de la CVRS.

Estos instrumentos se pueden dividir en genéricos y específicos. Los específicos se centran en aspectos de la calidad de vida propios de una enfermedad o síndrome concreto. No tienen, por tanto, la amplitud de los instrumentos genéricos, pero sí pueden ser más sensibles a aspectos de la calidad de vida determinados por efectos de una enfermedad concreta (4).

Los instrumentos genéricos son independientes del diagnóstico, por lo que ofrecen la oportunidad de ser aplicables a cualquier tipo de población o afección (5).

Al margen de esta clasificación, en el momento de elegir un determinado instrumento para la medición de la calidad de vida, se deben tener en cuenta una serie de características que nos orientarán acerca de la idoneidad de su aplicación en una situación o contexto determinado.

Según Donovan y cols. (6) las características que definen a un buen instrumento de medida de la CVRS son: a) adecuado al problema de salud que pretende medir; b) preciso, es decir, con un mínimo error de medida; c) sensible, o sea, capaz de detectar cambios tanto entre individuos como en la respuesta de un mismo individuo a lo largo del tiempo; d) basado en datos generados por los propios pacientes; e) aceptable por los pacientes, profesionales sanitarios y por los investigadores; y f) válido, en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que se pretenden medir y no otras. Probablemente la validez sea la característica más importante que deba exigirse a un cuestionario de CVRS a pesar de que en ocasiones, por el hecho de medir fenómenos subjetivos o abstractos, resulta difícil valorar hasta qué punto una medición representa el fenómeno de interés, dado que no existe un patrón de referencia o estándar de oro.

La necesidad de cumplir esos requisitos ha llevado a diversos autores a realizar valoraciones críticas sobre las medidas de CVRS, argumentando la falta de definiciones concretas de este concepto en los diversos trabajos, o la falta de atención a los sentimientos específicos de los pacientes (7); o bien exponiendo las dificultades metodológicas y los consiguientes sesgos que pueden ocasionar la medición de la CVRS (8). En ese sentido, hay que decir que muy probablemente, en el paciente individual, ningún cuestionario puede todavía sustituir a una entrevista médica extensa, sensible para captar la percepción personal que el paciente tiene de su enfermedad como experiencia humana. Sin embargo, lo que hace únicas las determinaciones de la CVRS es la posibilidad de registrar dichas percepciones de una forma cuantitativa o semicuantitativa, que puede por tanto, comunicarse y utilizarse para describir, evaluar o comparar (9).

Este objetivo es probablemente el que se pretende en muchos de los trabajos en los que se utiliza la medida de la CVRS. De especial interés ha sido el empleo de la calidad de vida en la medición de resultados en determinadas enfermedades (EPOC, enfermedades degenerativas, procesos reumatológicos, etc.) en los que los indicadores de morbi-mortalidad no expresan adecuadamente o al menos de forma completa el impacto de la enfermedad en el individuo y la sociedad. La cardiopatía isquémica ha sido considerada dentro de ese grupo de enfermedades no

sólo por la magnitud del problema sino también por la relación entre esta enfermedad y diversos aspectos psicosociales que analizaremos a continuación. Estos factores han llevado a la necesidad de usar medidas subjetivas de valoración de la salud o de calidad de vida relacionada con la salud, que introducidas en la práctica clínica constituyan un criterio complementario en la atención de estos pacientes.

3. IMPORTANCIA DE LA MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

En la actualidad, la cardiopatía isquémica (CI) continúa siendo un importante problema de salud pública.

En España, la mortalidad por CI ha estado aumentando hasta mediados de los años setenta para, a partir de entonces, estabilizarse o incluso descender ligeramente (10). La imagen de disminución o estabilización de las cifras puede llevar a la conclusión falsa de que se ha conseguido disminuir el impacto o carga que la CI está teniendo sobre la sociedad. Sin embargo, los datos de mortalidad sólo reflejan una parte de la situación, que debe complementarse con información relativa a la morbilidad, debiendo tenerse en cuenta no sólo datos relativos al infarto agudo de miocardio (IAM), sino también del denominado síndrome coronario agudo (SCA) que ha creado una creciente demanda asistencial en los últimos años, como se constata por la evolución del número de altas hospitalarias con este diagnóstico (11).

Aunque la incidencia de IAM en la población de 25-74 años pueda permanecer estable, esa creciente demanda asistencial podría venir motivada por dos razones.

Por un lado, el aumento en la esperanza de vida y el descenso de la natalidad producen un envejecimiento progresivo de la población, que se traduce a su vez, en un aumento de la frecuencia de patologías crónicas como la CI (11).

Por otro lado, esa mayor demanda asistencial podría ser también debida a la mayor incidencia de síndromes coronarios agudos recurrentes, consecuencia de la decreciente letalidad observada en los pacientes hospitalizados en las últimas dos décadas y relacionada con las mejoras terapéuticas (11).

Teniendo en cuenta estas consideraciones, recientemente se ha realizado una estimación del número de casos y de las tendencias de la cardiopatía isquémica en España entre 1997 y 2005. Aún manteniéndose la incidencia estable, se ha estimado que el número absoluto de casos de IAM aumentará un 2,28% anual en

la población y las hospitalizaciones por síndrome coronario agudo un 1,41% entre 1997 y 2005 (11), datos que nos dan idea de la magnitud del problema.

Por otra parte, en los tres últimos decenios se ha intentado establecer de forma científica la influencia de aspectos como personalidad tipo A, aislamiento social, tensión laboral, prolongación de la jornada laboral, capacidad de decisión, exigencia laboral, o acontecimientos vitales en la aparición de enfermedades coronarias (12).

También se han realizado estudios de prevalencia de factores psicológicos en CI (13), así como el empleo de cuestionarios para medir salud mental en estos pacientes (14).

Por tanto, la relación entre los factores psicológicos y la CV en pacientes con cardiopatía isquémica, ha sido evaluada desde distintos puntos de vista. Uno de los más actuales es el estudio de determinadas intervenciones sobre factores psicosociales y la rehabilitación cardiaca, cuestión que se abordaremos más adelante.

La asociación entre trastornos psíquicos y enfermedad somática es un hecho bien documentado y, sin embargo, en la práctica, a menudo ignorado. En varios estudios se ha comprobado que la angina y los síntomas depresivos son prevalentes en pacientes con coronariopatías, estando fuertemente asociados con peor calidad de vida, y pudiendo ser modificados con un reconocimiento y tratamiento apropiado (15-18).

En algunos estudios se demuestra cómo los trastornos depresivos empeoran el pronóstico de los pacientes con CI, condicionando incluso un aumento de la mortalidad a largo plazo (19,20). Sin embargo, son contradictorios los resultados respecto a si la depresión puede considerarse un factor de riesgo independiente para la aparición de cardiopatía isquémica o enfermedades cardiovasculares (21,22). En este sentido, los resultados de un estudio de 40 años de seguimiento realizado con una cohorte de más de 100 pacientes varones, llegaron a poner de manifiesto que la depresión se comportaba como un factor de riesgo independiente de enfermedad coronaria en los varones (23). Más recientemente, Blumenthal y cols. (24) analizan en un estudio de seguimiento el papel de la depresión como factor de riesgo de mortalidad después de la realización de cirugía de revascularización miocárdica, llegando a considerar la depresión como un predictor independiente de muerte.

También en una revisión sistemática de reciente publicación realizada por Bunker y cols. (25) se pone de manifiesto que la depresión, el aislamiento social y los llamados episodios catastróficos de la vida se asocian con el desarrollo de enfermedades coronarias.

Así pues, la combinación de la magnitud del problema de la CI y del impacto de la enfermedad en la vida social, familiar y laboral del que la padece, junto a los factores psíquicos asociados a su evolución llevan a considerar la medida de la CVRS en CI como un aspecto fundamental a tener en cuenta en la atención a estos pacientes.

4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE CALIDAD DE VIDA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Al igual que en otras patologías, en la CI se han utilizado tanto instrumentos genéricos como específicos para valorar la CVRS.

Los instrumentos genéricos validados en España y más empleados en el ámbito cardiológico son, el Cuestionario de Salud SF-36 (26,27), el *Nottingham Health Profile* (NHP) (28) y el *Sickness Impact Profile* (SIP) (29,30). Estos instrumentos han sido usados en diversas situaciones: cirugía coronaria (31), trasplante cardiaco (32), infarto (33), angina (34), etc.

Cada uno de estos instrumentos tiene unas características especiales y toman en consideración una serie de dimensiones tal como se describe en la Tabla I.

El *Cuestionario de Salud SF-36* fue originalmente desarrollado para su uso en los Estados Unidos, siendo traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto *International Quality of Life Assessment* (IQOLA). La traducción al castellano del cuestionario siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQOLA, siendo presentado con detalle en la publicación de Alonso y cols. (35). Recientemente se ha validado en nuestro medio en pacientes con cardiopatía isquémica (36), resultando ser una escala útil para evaluar la calidad de vida en pacientes con diferentes manifestaciones de esta enfermedad. Este cuestionario consta de 36 ítems agrupados en 8 dimensiones.

El *Nottingham Health Profile* (NHP) es una escala compuesta por seis subescalas con un total de 38 preguntas, desarrollado originariamente en el Reino Unido (37) y que ha sido validado y adaptado a otros países entre los que se incluye España (28,38). Igualmente, el *Sickness Impact Profile* (SIP) está formado por 12 categorías con un total de 136 ítems. Se desarrolló en los Estados Unidos (39) y fue diseñado para medir la disfunción, basada en los cambios de la conducta relacionada con la enfermedad. Se dispone también de una versión española (29).

En una reciente revisión sobre instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes

con cardiopatía isquémica, Dempspter y cols. (40) concluyen que el SF-36 es el mejor instrumento genérico de medida de CVRS en pacientes con CI, por las evidencias psicométricas que presenta.

Entre los principales instrumentos específicos desarrollados para pacientes con enfermedades cardiacas, se encuentran (40):

El *Quality of Life After Myocardial Infarction* (QLMI) que es un cuestionario en el que los 26 ítems que lo componen están agrupados en 5 dominios. La versión original (41) fue diseñada y desarrollada para evaluar la efectividad de un programa de rehabilitación cardiaca y recientemente se ha desarrollado una versión mejorada del instrumento de 27 ítems y tres dimensiones, el *MacNew Heart Disease Questionnaire* (también conocido como el QLMI-2) (42). Un buen grupo de investigaciones están siendo llevadas a cabo con este cuestionario que parece tener mejores propiedades psicométricas que el QLMI original (40).

El *Seattle Angina Questionnaire* (SAQ) (43) es un instrumento específico con sólidas propiedades psicométricas diseñado para valorar el estado funcional de pacientes con angina (44). Contiene 19 preguntas que cuantifican 5 dimensiones clínicamente relevantes: frecuencia de angina, estabilidad de la angina, limitación física, calidad de vida y satisfacción del tratamiento relacionado con la angina. Se describe por los autores como una medida del estado funcional, pero siete de las 19 preguntas tocan capítulos sociales y emocionales, lo que hace que el SAQ sea definido como una medida específica de CVRS.

El *Quality of Life-cardiac version* (QLI) fue inicialmente diseñado para uso en pacientes en diálisis (45) pero ha sido adaptado para su uso en otros grupos, incluyendo pacientes cardiacos. El cuestionario más reciente del QLI de uso en pacientes cardiacos es el *QLI-cardiac* versión III, que contiene 72 ítems y cuatro dimensiones. Estos ítems están divididos en dos partes iguales, la primera mide la satisfacción del paciente con varias dimensiones de la vida y la segunda mide la importancia de esas dimensiones para el paciente. Las puntuaciones de la primera parte son ponderadas por las respuestas de la segunda.

El *Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire* (APQLQ) es un cuestionario que tiene 22 ítems divididos en 4 escalas. Tiene buenas propiedades psicométricas para propósitos discriminantes, pero se necesitan más trabajos para examinar la sensibilidad y fiabilidad (40).

La comparación entre estos instrumentos resulta más compleja al emplearse en diferentes grupos de pacientes y con diferentes dimensiones, pero Demps-

TABLA I. PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

<i>Denominación</i>	<i>Ítems</i>	<i>Dimensiones</i>
Genéricos		
Cuestionario de Salud SF-36	36	Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental
<i>Nottingham Health Profile</i>	38	Energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad
<i>Sickness Impact Profile</i>	136	Sueño y descanso, trabajo, nutrición, tareas domésticas, ocio y pasatiempos, desplazamiento, movilidad, cuidado y movimiento corporal, relaciones sociales, actividad intelectual, actividad emocional y comunicación
Específicos		
<i>Quality of Life After Myocardial Infarction</i>	26	Síntomas, limitaciones, confianza, autoestima y emoción
<i>Quality of Life After Myocardial Infarction-2</i>	27	Emocional, física y social
<i>Seattle Angina Questionnaire</i>	19	Frecuencia de angina, estabilidad de la angina, limitación física, calidad de vida y satisfacción del tratamiento relacionado con la angina
<i>Quality of Life-Cardiac Version</i>	72	Salud y funcionalidad, socioeconómica, psicosocial/espiritual y familia
<i>Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire</i>	22	Actividades físicas, síntomas somáticos, distress emocional y satisfacción por la vida
Cuestionario de Velasco-Del Barrio	44	Salud, sueño y descanso, comportamiento emocional, proyectos de futuro, movilidad, relaciones sociales, comportamiento de alerta, comunicación, tiempo de ocio y trabajo
<i>Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale</i>	35	Actividad física, inseguridad, reacción emocional, dependencia, dieta, aspectos de medicación y efectos secundarios
<i>Cardiovascular Limitations and Symptoms Profile</i>	37	Angina, falta de respiración, edemas maleolares, cansancio, movilidad, vida social y actividades de ocio, actividades en el hogar, asuntos relacionados con preocupaciones y género

ter (40) apunta a que el QLMI en su segunda versión QLMI-2, sería el instrumento específico más apropiado. Sin embargo, de estos cuestionarios específicos, cabe destacar por su mayor uso el QLMI (41,46) y el SAQ (43,47).

También es reseñable, ya en nuestro idioma, el *Cuestionario de Velasco-Del Barrio* (48,49) que consta de nueve áreas temáticas: salud, sueño y descanso, comportamiento emocional, proyectos de futuro, movilidad, relaciones sociales, comportamiento de alerta, comunicación, tiempo de ocio y trabajo, con un total de 44 ítems. A partir de los cuestionarios existentes en la literatura anglosajona, los autores estructuraron un nuevo cuestionario para pacientes de cultura hispana. Se comprobó su validez tomando como patrón el QLMI y su reproducibilidad y fiabilidad permitió afirmar que su utilidad era como mínimo, similar a la del cuestionario patrón y que, por tanto, podía ser recomendado su uso en pacientes postinfarto de miocardio, siendo preferible, además, cuando se trate de pacientes de cultura hispana (48).

Dos instrumentos específicos recientes, aunque aún en espera de futuras investigaciones para determinar su utilidad y uso rutinario, son el MIDAS y el CLASP (44). El primero, *Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale* (MIDAS) (50) ha sido recientemente desarrollado y validado en Inglaterra y recoge 35 ítems en 7 áreas. El segundo, *Cardiovascular Limitations and Symptoms Profile* (CLASP) (51) ha sido validado en pacientes con angina estable crónica y consta de 37 ítems agrupados en cuatro subescalas de síntomas y cinco subescalas de limitaciones funcionales.

En el momento de elegir un determinado cuestionario, hay que tener en cuenta que los instrumentos específicos permiten una mejor interpretación de los resultados por parte del clínico, pero un problema de las medidas específicas es que hay algunas áreas de interés que varían con el estado de severidad de esa enfermedad, durante el seguimiento, con la edad de los pacientes y con la comorbilidad. Por ejemplo, los aspectos de CV concernientes a pacientes coronarios difieren cuando el paciente está en UCI, del resto de su estancia en el hospital y durante el tiempo de los cuidados ambulatorios (52).

Por su parte, los cuestionarios genéricos tienen en cuenta varias dimensiones no abordadas por cuestionarios específicos como puede ser la salud mental. Esto último es importante en los enfermos con cardiopatía isquémica, pues como ya se ha comentado, los pacientes coronarios con frecuencia sufren trastornos de la esfera psíquica que pueden afectar su calidad de vida y que condicionan su respuesta al trata-

miento y evolución clínica (53-55), debiendo ser valorados estos factores por el cardiólogo.

5. APLICACIONES DE LAS MEDIDAS DE CALIDAD DE VIDA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Durante la última década se han producido cambios en la atención sanitaria y ha aumentado la preocupación sobre los costes, con importantes variaciones en la práctica asistencial entre regiones, instituciones e incluso médicos de la misma institución. Ello ha inducido a que los gestores de la sanidad se hayan interesado por los resultados de la atención.

La cardiopatía isquémica no ha sido ajena a este interés y entre las principales líneas de aplicación de las medidas de CVRS se encuentra la evaluación de resultados, fundamentalmente en ensayos clínicos y en los programas de RHB cardiaca.

En muchas situaciones los ensayos clínicos no son factibles o no son adecuados para conocer realmente los resultados en la práctica clínica, y son necesarios, en cambio, estudios observacionales a gran escala para obtener este tipo de información. Esta información profundiza en el conocimiento de la efectividad, en contraste con la eficacia, valorada en los ensayos clínicos que no siempre miden todos los resultados de interés para los pacientes y para los médicos. En este sentido, la CVRS puede ser una medida de resultado útil para la evaluación de la efectividad clínica (4).

Dentro del ámbito de la efectividad, la medición de la CVRS ha tenido distintas aplicaciones en la cardiopatía coronaria. Por ejemplo, ha permitido detectar efectos indeseables no documentados clínicamente. En un estudio que distribuyó al azar a una población de pacientes con angina crónica para ser tratados con parches de nitroglicerina o placebo, no se documentó su eficacia para prevenir las crisis de angina, medida según cuestionarios específicos. Además, por medio de un cuestionario genérico, se detectó que algunas áreas de la CVRS de los pacientes tratados con nitroglicerina se hallaban más deterioradas incluso que los no sometidos a tratamiento activo. Este hallazgo podía estar en relación con el mayor porcentaje de cefaleas observado en los tratados con nitroglicerina, cuya repercusión no podía estimarse sólo con la constatación clínica de las mismas (56).

Otros estudios han permitido comprobar la validez de determinadas medidas de la CVRS en poblaciones de pacientes con cardiopatía isquémica. Uno de los más destacados corresponde al primer ensayo clínico aleatorizado que se ha realizado sobre el efecto de la

angioplastia en la enfermedad de un vaso comparado con el tratamiento médico (57,16). Las medidas genéricas de calidad de vida permitieron correlacionar la mejoría observada mediante determinaciones clínicas específicas con el cambio en el estado de salud registrado mediante las medidas de calidad de vida.

También utilizando una medida específica, en concreto el SAQ, Spertus y cols. (55) demuestran que el estado de salud percibido por el paciente es un factor predictivo independiente de la mortalidad y la hospitalización en pacientes con coronariopatías. Los autores encontraron una asociación significativa entre las puntuaciones del SAQ y la mortalidad y la hospitalización por síndromes coronarios agudos, después de ajustar por factores de riesgo clínicos tradicionales.

En otras palabras, el estado de salud informado por el paciente tendría un importante papel en la identificación de enfermos con elevado riesgo de resultados adversos. Así, un paciente con puntuaciones altas en el SAQ tenía significativamente un mejor pronóstico que un paciente con anatomía coronaria y condiciones de comorbilidad similares y puntuaciones más bajas en el SAQ. De forma contraria, un paciente con puntuaciones bajas en SAQ estaba en un elevado riesgo de mortalidad y hospitalización por síndrome coronario agudo, de forma independiente a factores demográficos tradicionales, cardíacos y comorbilidad.

Basándose en este trabajo, Rumsfeld (58) comenta que el uso de datos de estados de salud en la práctica clínica puede proporcionar una vía de participación futura de los pacientes en sus cuidados, en este caso aportando información útil en su estratificación de riesgo.

Por otra parte, los programas de rehabilitación cardíaca (PRC) son sistemas de actuación multifactorial cuya indicación fundamental es la cardiopatía isquémica. En estos programas, el objetivo prioritario es mejorar la calidad de vida de los pacientes junto a la prevención secundaria de la enfermedad. Por ello, los PRC incluyen pautas de actuación físicas, psicológicas y de control de factores de riesgo (10).

El beneficio de estos programas ha sido puesto en evidencia por diversos autores (59-62). A pesar de ello, Maroto y cols. (63) en un trabajo que analiza la situación de los PRC en España, pone de manifiesto que estos programas están muy poco desarrollados e incluyen en la actualidad a menos del 2% de los pacientes posibles.

En uno de estos programas descrito y evaluado recientemente por Espinosa y cols. (64), dirigido a pacientes con infarto de miocardio de bajo riesgo coordinados por la cardiología especializada y en

colaboración con atención primaria, se empleó el cuestionario de CV de Velasco-Del Barrio para medir la calidad de vida y se observó una mejoría de la misma con la aplicación del programa, así como una mayor tolerancia al esfuerzo, mayor retorno laboral, un mayor abandono del hábito tabáquico y una disminución del índice de masa corporal al año de seguimiento, poniendo de manifiesto una vez más el beneficio de estos programas.

6. TENDENCIAS EN LA MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

En un sistema sanitario en el que cada vez se promueve más la atención centrada en el paciente, la utilización de las medidas de calidad de vida por los clínicos permitiría conocer mejor el estado de salud del enfermo y proporcionar un mejor entendimiento del impacto de la enfermedad y de la intervención médica en sus vidas.

En concreto, podrían ayudar a la toma de decisiones clínicas sobre los tratamientos específicos como son terapia antianginosa e intervención percutánea coronaria, las cuales están especialmente dirigidas a promover el control de síntomas, el estado funcional y la calidad de vida; y a mejorar la valoración del pronóstico del paciente (58).

Sin embargo, todavía queda mucho por aprender sobre lo que se ha denominado su interpretabilidad clínica, es decir, cuál es el valor clínico que debe asignarse a las diferencias de puntuación de la CVRS en los diferentes instrumentos (9).

Intentos de mejorar esta interpretabilidad clínica se ven reflejados en la utilización de las denominadas normas poblacionales, que pretenden ser valores de referencia para facilitar la interpretabilidad de los resultados en estudios clínicos (ya sea a nivel de grupo, ya a nivel individualizado), en poblaciones específicas (p. ej.: ancianos) o en la población general (65). Este tipo de análisis ha sido utilizado recientemente en pacientes con cardiopatía isquémica tomando como referencia las normas poblacionales españolas del SF-36 (66).

Como conclusión a todo lo expuesto podemos afirmar que actualmente la valoración de la calidad de vida en los pacientes coronarios es una medida útil que permite valorar las expectativas de los pacientes, sobre todo en relación a una atención más personalizada con el propósito de conseguir el objetivo de “añadir vida a los años en lugar de años a la vida”.

CORRESPONDENCIA:

María Soto Torres
Servicio de Medicina Preventiva
Hospital Puerta del Mar
Avda. Ana de Viya, 21
11009 Cádiz
Tel.: 956 002 214
e-mail: mariasoto@andaluciajunta.es

BIBLIOGRAFÍA

- Esteve M, Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 458-9.
- Herdman M, Baró E. La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. En: Badía X, Podzamczar D. *Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH*. 1ª ed. Madrid: Jarpoy Editores, 2000. p. 19-33.
- Group WHOQOL. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993; 2: 153-9.
- Brotos C, Permanyer C. La evaluación de los resultados (outcomes) y de su relevancia clínica en cardiología: especial referencia a la calidad de vida. *Rev Esp Cardiol* 1997; 50: 192-200.
- Badía X, Salamero M, Alonso J, et al. La medida de la salud. *Guías de escalas de medición en español*. Primera ed. Barcelona: PPU, S.A., 1996.
- Donovan K, Sanson-Fisher RW, Redman S. Measuring quality of life in cancer patients. *J Clin Oncol* 1989; 7: 959-68.
- Gill TM, Feinstein AR. Valoración crítica de la calidad de los instrumentos de medición de la calidad de vida. *JAMA (ed. esp.)* 1995; 4: 230-9.
- Herdman M. Medida de la calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin (Barc)* 2000; 114 (Supl. 3): 22-5.
- Permanyer-Miralda G, Brotos C. Determinación de la calidad de vida en los pacientes con coronariopatía: el estado de la cuestión. *Cardiovascular Risk Factors* 1999; 8: 17-26.
- Velasco JA, Cosín J, Maroto JM, et al. *Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca*. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 1095-120.
- Marrugat J, Elosua R, Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Rev Esp Cardiol* 2002; 55: 337-46.
- Theorell T. The psycho-social environment, stress and coronary heart disease. En: Marmot M, Elliott P. *Coronary heart disease epidemiology. From etiology to Public Health*. Oxford: Oxford University Press, 1995. p. 369-82.
- Smith DF, Sterndorff B, Ropcke G, et al. Prevalence and severity of anxiety, depression and type A behaviors in angina pectoris. *Scand J Psychol* 1996; 37: 249-58.
- Failde I, Ramos I, Fernández-Palacín F. Comparison between the GHQ-28 and SF-36 (MH 1-5) for the assessment of the mental health in patients with ischaemic heart disease. *Eur J Epidemiol*, 2000; 16: 311-6.
- Gibbons RJ, Chatterjee K, Daley J, et al. ACC/AHA/ACP-ASIM guidelines for the management of patients with chronic stable angina: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Patients With Chronic Stable Angina). *J Am Coll Cardiol* 1999; 33: 2092-197.
- Strauss W, Fortin T, Hartigan P, et al. A comparison of quality of life scores in patients with angina pectoris after angioplasty compared with after medical therapy. Outcomes of a randomized clinical trial. *Circulation* 1995; 92: 1710-9.
- Januzzi JL Jr, Stern TA, Pasternak RC, et al. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch Int Med* 2000; 160: 1913-21.
- Lesperance F, Frasere-Smith N. Depression in patients with cardiac disease: a practical review. *J Psychosom Res* 2000; 48: 379-91.
- Frasere-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1996; 91: 999-1005.
- Barefoot JC, Helms MJ, Mark DB, et al. Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1996; 78: 613-7.
- Barefoot JC, Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation* 1996; 93: 1976-80.
- Vogt T, Pope C, Mullooly J, et al. Mental health status as a predictor of morbidity and mortality: a 15-year follow-up of members of a health maintenance organization. *Am J Public Health* 1994; 84: 227-31.
- Ford DE, Mead LA, Chang PP, et al. Depression is a risk factor for coronary artery disease in men. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1422-6.
- Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA, et al. Depression as a risk factor for mortality following coronary artery bypass surgery. *Lancet* 2003; 362: 604-9.
- Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, et al. Stress and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Med J Aust* 2003; 178: 272-6.
- Brown N, Melville M, Gray D, et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. *Heart* 1999; 81: 352-8.
- Beck CA, Joseph L, Belisle P, et al. Predictors of quality of life 6 months and 1 year after acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2001; 142: 271-9.
- Alonso J, Prieto L, Antó JM. The spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaption and instrument characteristics. *Qual Life Res* 1994; 3: 385-93.
- Badía X, Alonso J. Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. *Med Clin (Barc)* 1994; 90-5.
- Badía X, Alonso J. Re-scaling the Spanish version of the Sickness Impact Profile: an opportunity for the assessment of cross-cultural equivalence. *J Clin Epidemiol* 1995; 48: 947-57.

31. Permanyer G, Brotons C, Cascant P, et al. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud a los dos años de la cirugía coronaria. *Med Clin* 1997; 108: 446-51.
32. DeCampi WM, Luikart H, Hunt S, et al. Characteristics of patients surviving more than ten years after cardiac transplantation. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 110:3-15.
33. Conn V, Taylor S, Abele P. Myocardial infarction survivors: age and gender differences in physical health, psychosocial state and regimen adherence. *J Advanced Nursing* 1991; 16: 1026-34.
34. Visser MC, Fletcher A, Parr G, et al. A comparison of three quality of life instruments in subjects with angina pectoris: The Sickness Impact Profile, The Nottingham Health Profile and The Quality of Well Being Scale. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 157-63.
35. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 771-6.
36. Failde I, Ramos I. Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 359-65.
37. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 185-8.
38. Hunt SM, Alonso J, Bucquet D, et al. Cross-cultural adaptation of health measures. *Health Policy* 1991; 19: 33-44.
39. Bergner M, Bobbitt R, Carter W, et al. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; XIX: 787-805.
40. Dempster M, Donnelly M. Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. *Heart* 2000; 83: 641-4.
41. Oldridge N, Guyatt G, Jones N, et al. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1991; 67: 1084-9.
42. Valenti L, Lim L, Heller RF, et al. An improved questionnaire for assessing quality of life after acute myocardial infarction. *Qual Life Res* 1996; 5: 151-61.
43. Spertus J, Winder J, Dewhurst T, et al. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 1995; 25: 333-41.
44. Thompson DR, Yu CM. Quality of life in patients with coronary heart disease I: Assessment tools. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003; 1: 42-7.
45. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. *Adv Nurs Sci* 1985; 8: 15-24.
46. Hillers T, Guyatt G, Oldridge N, et al. Quality of life after myocardial infarction. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 1287-96.
47. Spertus J, Winder J, Fihn S, et al. Assessing quality of life in patients with coronary artery disease: an alternative endpoint in outcome oriented clinical research. *J Am Coll Cardiol* 1994; 1A (484-A).
48. Velasco J, Del Barrio V, Mestre M, et al. Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto. *Rev Esp Cardiol* 1993; 46: 552-8.
49. Velasco J, Ridocci F, Atienza F. Estudio de la calidad de vida del paciente coronario. *Cardiov* 1995: 223-35.
50. Thompson DR, Jenkinson C, Roebuck A, et al. Development and validation of a short measure of health status for individuals with acute myocardial infarction: the myocardial infarction dimensional assessment scale (MIDAS). *Qual Life Res* 2002; 11: 535-43.
51. Lewin RJP, Thompson DR, Martin CR, et al. Validation of the Cardiovascular Limitations and Symptoms Profile (CLASP) in chronic stable angina. *J Cardiopulm Rehabi* 2002; 22: 184-91.
52. Wenger N, Furberg C. Cardiovascular disorders. En: Spilker B, ed. *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press, Ltd., 1990. p. 335-45.
53. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 99: 2192-217.
54. Rumsfeld JS, Whinney S, McCarthy M Jr, et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality following coronary artery bypass graft surgery. *JAMA* 1999; 281: 1298-303.
55. Spertus J, Jones P, McDonnell M, et al. Health status predicts long-term outcome in outpatients with coronary disease. *Circulation* 2002; 106: 43-9.
56. Fletcher A, McLoone P, Bulpitt C. Quality of life on angina therapy: a randomised controlled trial of transdermal glyceryl trinitrate against placebo. *Lancet* 1988; 2: 4-8.
57. Parisi A, Folland E, Hartigan P, et al. A comparison of angioplasty with medical therapy in the treatment of single-vessel coronary artery disease. *N Engl J Med* 1992; 326: 10-6.
58. Rumsfeld JS. Health status and clinical practice. When will they meet? *Circulation* 2002; 106: 5-7.
59. Oldridge NB, Guyatt GH, Fisher ME, et al. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials. *JAMA* 1988; 260: 945-50.
60. Maroto JM, De Pablo C, Artigao R, et al. Rehabilitación cardiaca. Análisis de coste-efectividad. *Rev Esp Cardiol* 1996; 49: 753-8.
61. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, et al. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software, 2001.
62. Sudlow C, Baigent C, Lonn E, et al. Secondary prevention of ischaemic cardiac events. In: *Clinical Evidence*. Issue. BMJ Publishing Group, 2000. p. 77-106.
63. Maroto JM, De Pablo C. Rehabilitación cardiaca en España. Unidades de cardiología preventiva. *Rev Esp Cardiol* 1998; 51 (Supl. 6): 45-53.
64. Espinosa S, Bravo JC, Gómez-Doblas JJ et al. Rehabilitación cardiaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57: 53-9.
65. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 410-6.
66. Soto M, Márquez S, Ramos I, et al. Health-related quality of life in coronary heart disease compared to norms in Spanish population. *Qual Life Res* 2004 (en prensa).