

Importancia de la evaluación de la calidad de vida en atención primaria

A. Piñol Jané^a y C. Sanz Carrillo^b

^aMedicina de Familia. Hospital de San Jorge. Huesca. ^bServicio de Psiquiatría. Hospital de San Jorge. Huesca. España.

INTRODUCCIÓN

La salud se define en la Carta Fundacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad (OMS, 1948). Esta definición, sin embargo, no parece del todo completa, dado que la salud plena hace necesarios otros 2 bienestar adicionales: el cultural y el espiritual. Todo ello está condicionando profundas transformaciones en el modo en que se concibe y practica la medicina. Preservar la salud de un paciente comporta no sólo atender el fallo del órgano, sino acercar la ciencia al enfermo como persona considerando el conjunto de aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales que conforman el modo de enfermar humano. Este modelo biopsicosocial de enfermedad adquiere una especial relevancia en la atención primaria de la salud, donde resulta primordial implicarse en una concepción global del individuo contemplado en todas sus dimensiones. Sólo de este modo resulta factible planificar las respuestas a las necesidades detectadas y evaluar, a su vez, el impacto de las acciones implementadas.

El uso del concepto «calidad de vida» ha originado dudas entre distintos estamentos de la sociedad, debido a la inexistencia de una base conceptual para medir este término que anteriormente englobaba conceptos subjetivos difíciles de cuantificar. Por este motivo, en 1994 la OMS propuso una definición de consenso de «calidad de vida» como la percepción personal de un 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 intereses¹. Al intentar medir el impacto de la salud sobre la calidad de vida surge el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)². Con ella se pretende evaluar la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promo-

TABLA I. Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud^{3,4}

Dimensión	Método
Función física	Síntomas físicos, movilidad
Función psicológica	Depresión, ansiedad, estrés, expectativas
Función social	Discapacidad laboral, ocio, relación conyugal, relaciones sexuales
Función cognitiva	Memoria, concentración, alerta, juicio
Bienestar general	Percepción global de salud, grado de satisfacción por la vida
Situación económica	Empleo, nivel de ingresos

ción de la salud en la capacidad individual de lograr y mantener un nivel de funcionamiento que permita conseguir unos objetivos vitales concretos. Ello debería reflejarse en un grado óptimo de bienestar general. Ambos términos, bienestar general y estado funcional, definidos por la WONCA (World Family Doctors Caring For People) como la capacidad para desarrollar una determinada tarea o rol en un momento o período determinado, constituyen las dimensiones básicas de la CVRS. Existen, además, unos dominios o dimensiones fundamentales, como son el funcionamiento físico, psicológico-cognitivo y social^{3,4} (tabla I).

Muy recientemente, la calidad de vida, junto con la medida del nivel de salud, se han reconocido como el objetivo central de la asistencia sanitaria, lo que ha subrayado la importancia de lo que podríamos denominar «medidas centradas en el paciente». El progresivo aumento de la esperanza de vida de la población y el incremento de las patologías crónicas han hecho que el esfuerzo terapéutico deba centrarse en lograr una mejoría en la sensación de bienestar y satisfacción percibidas por el paciente⁵, ya que lo importante no es tanto «estar bien» como «sentirse bien». Todo ello resulta de especial relevancia en la atención primaria de salud, donde el médico de familia, mejor conocedor del entorno biopsicosocial del enfermo, tiene la oportunidad de orientar la práctica clínica de acuerdo con estos principios. Un ejemplo, promovido por diversos autores, ha sido incorporar a la práctica clínica habitual la

Correspondencia: Dra. C. Sanz Carrillo.
Avda. Cesáreo Alierta, 47, 2.º B. 50008 Zaragoza. España.
Correo electrónico: cscarrillo 657@hotmail.com

TABLA II. **Utilidad de la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en medicina⁷**

<ol style="list-style-type: none"> 1. Planificación de la asistencia sanitaria de los pacientes 2. Medición de los resultados en los ensayos clínicos y en las investigaciones de los servicios sanitarios 3. Valoración de las necesidades sanitarias de una población 4. Distribución de recursos

investigación de la CVRS de los pacientes ancianos. De hecho, se han desarrollado diversos cuestionarios que cumplen con este cometido⁶. En definitiva, la medición de la CVRS permite, hoy día, no sólo la evaluación de los resultados en ensayos clínicos e investigaciones sanitarias, sino la evaluación de las necesidades reales de una población y, por ende, la planificación adecuada de medidas de intervención sanitaria y de distribución de recursos (tabla II)⁷.

¿NECESITAMOS VALORAR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA?

La incorporación de medidas genéricas para la evaluación de la CVRS en las consultas de atención primaria resulta de gran utilidad tanto para la descripción de los perfiles de salud y estado global del paciente como para el cribado de determinadas patologías —especialmente psicológicas— o problemas sociales. A su vez, permite la estimación de necesidades no detectadas habitualmente, la monitorización de la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Finalmente, sirve de apoyo en la toma de decisiones clínicas y contribuye a mejorar la relación médico-paciente al posibilitar al enfermo la participación en la elección de la opción más conveniente^{9,10}. Además de estos argumentos, la medición de la CVRS proporciona otras ventajas que han sido bien desglosadas por Lizán³:

1. Documentar la CVRS de determinadas poblaciones o subgrupos con alguna característica sociodemográfica y/o trastorno patológico. Por ejemplo, hemos llegado a conocer que los ingresos económicos y el nivel de estudios académicos influyen directamente en la percepción subjetiva de la CVRS o cómo los pacientes que visitan más a su médico de familia tienen una percepción más negativa de su CVRS¹¹. Las mujeres tienen peor CVRS que los varones¹² y existe, a su vez, una relación inversa entre edad y calidad de vida, con una proporción de problemas identificados significativamente superior entre las personas mayores de 80 años. Pese a ello, la edad no comporta diferencias en la autopercepción sobre la calidad de vida⁶. En una investigación realizada en nuestro país utilizando las viñetas COOP/WONCA, de forma autoaplicada, se estudió a 1.408 personas, que incluían pacientes de atención primaria, acompañantes de los enfermos, familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer, embarazadas y personas adictas a drogas. Los resultados de este estudio permitieron concluir, por ejemplo, que las mujeres en estado de gestación son el grupo con peor forma física, pero

el que tiene mejor estado de salud, apoyo social y calidad de vida. En el otro extremo se sitúa la población de adictos a drogas, que obtienen los peores resultados en términos de actividades sociales, sentimientos y calidad de vida propiamente dicha¹³.

2. Permite evaluar las diferencias entre pacientes cumplidores o no del tratamiento, lo que posibilita el análisis de las variables determinantes y la toma de decisiones.

3. En patologías crónicas las estrategias terapéuticas deben valorarse según su capacidad de proporcionar un salto cualitativo y cuantitativo en la CVRS.

4. Son de utilidad en la indagación de la efectividad clínica, proporcionando información sobre las consecuencias de las decisiones clínicas, el curso de determinadas patologías y la trayectoria de poblaciones específicas.

5. Por último, y quizá la razón más importante, resulta de gran utilidad para detectar nuevos problemas en la consulta de atención primaria. Un estudio que utilizó las láminas COOP describe cómo con este procedimiento se consigue nueva información en uno de cada 4 pacientes, lo que se traduce en acciones terapéuticas específicas en aproximadamente la mitad de ellos. Además, un 76% de los pacientes afirma que las láminas influyen positivamente en la comunicación con su médico¹¹. Una revisión reciente de ensayos clínicos aleatorizados que valoraban la utilidad de medir la CVRS de los pacientes en la consulta concluyó, sin embargo, que sólo se modifica una minoría de indicadores del proceso de atención, sin apreciar modificaciones sustanciales en dicho proceso¹⁴. Estos resultados deben interpretarse con cautela, dado el escaso número de estudios incluidos y la falta de datos prospectivos¹⁰. Por otro lado, también se ha demostrado que el estado funcional y la calidad de vida percibida son predictores independientes de los resultados de salud¹⁵.

En definitiva, la evaluación de la calidad de vida en atención primaria se considera en la actualidad imprescindible, ya que es un resultado final de salud que se centra más en la persona que en la enfermedad, realza el sentir propio del enfermo y da preponderancia a este valor sobre el de las pruebas clínicas. Desde esta perspectiva, la calidad de vida se ha convertido en uno de los objetivos primordiales de los cuidados de salud y de las intervenciones terapéuticas. A pesar de ello, su utilización sigue siendo limitada, probablemente por desconocimiento, sobrecarga asistencial o falta de convicción por parte de los profesionales sobre su beneficio en la atención y mejoría de los pacientes.

CALIDAD DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Como ya se ha mencionado en otras secciones de esta monografía, la CVRS puede evaluarse mediante la cumplimentación por parte de los pacientes de unos cuestionarios, diseñados con este objetivo, que permiten explorar las distintas dimensiones de la calidad de vida del individuo (tabla I). En la actualidad se dispone de una amplia colección de instrumentos multidimensionales, muchos de ellos ya validados en nuestro país, que nos informan

de cómo se siente el paciente, de su estado funcional y de cómo percibe su propio estado de salud. De todos ellos se conoce su validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio, por lo que pueden considerarse instrumentos adecuados¹⁶.

Como es sabido, se dispone de instrumentos genéricos y específicos. Los primeros miden una o más dimensiones de la calidad de vida sin especificar y permiten efectuar comparaciones entre el estado de salud global de pacientes con enfermedades distintas. Según su estructura, se dividen a su vez en 2 grupos: los perfiles de salud y las medidas de utilidad. Entre los primeros, adaptados transculturalmente y validados en nuestro idioma, destacan el Nottingham Health Profile (NHP), el Sickness Impact Profile (SIP) y el cuestionario de salud SF-36¹⁷⁻¹⁹. Entre las medidas de utilidad, especialmente diseñadas para realizar estudios de coste-utilidad y la toma de decisiones con impacto económico, figuran la Quality of Well-Being Scale (QWBS, indicador de incapacidad y de consumo de recursos sanitarios), el EuroQol y la matriz de Rosser y Kind. En cualquier caso, parece haber claro consenso en que el empleo de instrumentos genéricos está limitado a los estudios que pretenden establecer comparaciones entre diversos grupos diagnósticos o poblacionales, ya que son poco sensibles para evaluar cambios en el estado clínico de pacientes con una enfermedad específica. Otro inconveniente radica en su extensión y en la dificultad consiguiente para incorporarlos a la práctica clínica en la consulta. Las viñetas COOP/WONCA y el Perfil de Calidad de Vida para Enfermos crónicos (PECVEC) son 2 cuestionarios genéricos, adaptados transculturalmente y validados en nuestro idioma, que tienen su principal campo de aplicación en la atención primaria. Comparadas con otros instrumentos, las láminas COOP/WONCA aportan como ventaja su sencillez para su utilización en la práctica clínica diaria. De hecho, se sirven de un único ítem para medir una dimensión de funcionamiento, lo que hace que sea el instrumento más corto validado y disponible. Por su brevedad y representación visual pueden usarse en personas con un nivel de estudios muy bajo¹⁰. El PECVEC tiene su utilidad en la valoración de la CVRS en pacientes generalmente asintomáticos, como es el caso de aquéllos con hipertensión leve o moderada o en población sana, en los cuales otros cuestionarios genéricos como el NHP o el SIP se han mostrado insensibles⁴.

Los cuestionarios específicos evalúan la CVRS en una enfermedad concreta, un grupo de población específico, un determinado síntoma o un dominio concreto. Deben tener la suficiente sensibilidad al cambio para detectar variaciones significativas en el estado de salud del sujeto a lo largo del tiempo. En la mayoría de las ocasiones se utilizan con el objetivo de evaluar la influencia que sobre la CVRS ejerce algún tipo de intervención o tratamiento. La principal dificultad estriba en su difícil construcción y validación. Ello no debiera ser, sin embargo, un obstáculo, sino un estímulo para su desarrollo.

En el ámbito de la metodología e instrumentación existe una gran pluralidad. A los tradicionales temas psicométricos de debate, hoy día no del todo resueltos (instrumentos

genéricos frente a específicos, autoevaluados frente a heteroevaluados, unidimensionales frente a multidimensionales, etc.), se incorpora la preocupación por la equivalencia internacional de las medidas de calidad de vida y por la suficiencia y practicabilidad psicométrica²⁰. La universalidad de los instrumentos de evaluación de calidad de vida resulta especialmente importante si se tiene en cuenta la era en la que estamos viviendo: convenios internacionales de intercambio, redes internacionales de investigación, autopistas de la información, etc. Todo ello ha llevado al desarrollo transcultural de nuevos instrumentos respetando los contextos culturales y de valores de cada zona (como el desarrollado por la OMS, el WHOQOL, del que actualmente existen 2 versiones, de 236 ítems, y la forma abreviada de 100 ítems), o bien a la validación internacional de instrumentos ya existentes, como ha sucedido en el caso del SF-36¹⁹. Además, se está poniendo en funcionamiento una versión más reducida, el SF-12, con la finalidad de monitorizar la evolución de poblaciones generales y específicas²¹. En última instancia, sigue habiendo cierto desconocimiento respecto a determinadas variables centradas en el paciente, como la satisfacción percibida en relación con la atención sanitaria o con las preferencias y valores de los individuos²¹. En definitiva, a la hora de elegir un instrumento de evaluación de calidad de vida, hay que tener en cuenta que éste sea practicable y esté estandarizado-validado. Más importante aún, deben haberse estudiado y publicado sus propiedades psicométricas.

LAS VIÑETAS COOP/WONCA

De entre todos los instrumentos genéricos disponibles para medir la CVRS, existe uno, diseñado para evaluarla en pacientes atendidos en el medio de atención primaria, que ha demostrado su utilidad tanto en personas sanas como enfermas. Este instrumento se denomina «viñetas o láminas COOP/WONCA», tiene un formato reducido y ligeramente diferente de las originales COOP, y su cumplimiento requiere únicamente de unos 5 min (anexo I). Es el único instrumento específicamente diseñado para el uso en la consulta médica y, probablemente, el mejor a la hora de proporcionar una medida multidimensional en atención primaria²². Las láminas están diseñadas para medir la CVRS de un modo rápido, sencillo, comprensible, atractivo, fiable, breve y válido en las consultas habituales, y constituyen un instrumento de cribado de los pacientes que ayuda a discernir quién podría beneficiarse de una evaluación más exhaustiva¹³. Entre sus ventajas cabe remarcar su facilidad de procesamiento, gracias a la información visual, el hecho de tener un único ítem para medir una dimensión de funcionamiento y el que puedan utilizarse en personas con un nivel educacional bajo. Pueden ser auto o heteroadministradas e interpretarse directamente sin necesidad de cálculos aritméticos³. Sus inconvenientes principales se relacionan con su efecto techo (los resultados están sesgados hacia el extremo de la escala que indica buena CVRS)⁸ y con la disminución de su sensibilidad cuando se emplean en individuos con escasa comorbilidad¹⁰.

ANEXO 1. Viñetas o láminas COOP/WONCA

Forma física

Durante la 2 últimas semanas, ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy intensa (por ejemplo corre deprisa)		1
Intensa (por ejemplo corre con suavidad)		2
Moderada (por ejemplo caminar a paso rápido)		3
Ligera (por ejemplo caminar despacio)		4
Muy ligera (por ejemplo caminar lentamente o no poder caminar)		5

Bartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Darmouth/Coop Project. 1995

Sentimientos

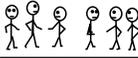
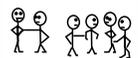
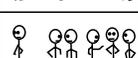
Durante la 2 últimas semanas, ¿en qué medida le han molestado problemas enocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada, en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5

Bartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Darmouth/Coop Project. 1995

Actividades sociales

¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos, grupos?

No, nada, en absoluto		1
Ligeramente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

Bartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Darmouth/Coop Project. 1995

Actividades cotidianas

Durante las 2 últimas semanas, ¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Toda, no se ha podido hacer nada		5

Bartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Darmouth/Coop Project. 1995

Cambio el estado de salud

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor	↑↑ ++	1
Un poco mejor	↑ +	2
Igual, por el estilo	↔ =	3
Un poco peor	↓ -	4
Mucho peor	↓↓ --	5

Bartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Darmouth/Coop Project. 1995

Estado Salud

Durante las 2 últimas semanas, ¿cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

Bartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Darmouth/Coop Project. 1995

Dolor

Durante las 2 últimas semanas, ¿cuánto dolor ha soportado?

Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor moderado		4
Dolor intenso		5

Bartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Darmouth/Coop Project. 1995

TABLA III. Comparación de 5 instrumentos genéricos de medición de la calidad de vida relacionada con la salud¹⁰

	COOP/WONCA	SIP	NHP	SF-36	EuroQol
<i>Constructo</i>					
<i>Físico</i>					
Movilidad/deambulación	+	+	+	+	+
Autocuidados	+	+	+	+	+
<i>Mental</i>					
Síntomas emocionales	+	+	+	+	+
Autoestima	-	-	-	+	-
Cognición	-	+	-	-	-
Actividades sociales/apoyo	+	+	+	+	+
Estado de salud general	+	-	-	+	+
Cambio de salud	+	-	-	+	-
Discapacidad/alteración del rol	+	+	-	+	-
Dolor	+	-	+	+	+
<i>Características</i>					
N.º de ítems	6	136	38	36	5
Tiempo (min)	< 5	20-30	< 10	< 10	< 5
Aceptabilidad	++	+	+	+	++
Validez	+	+	+	+	+
Fiabilidad	+	+	+	+	+
Sensibilidad al cambio	+	+	+	+	+
Simplicidad	++	-	±	±	++

COOP/WONCA: Dartmouth COOP Functional Status Assessment; SIP: Sickness Impact Profile; NHP: Nottingham Health Profile; SF-36: The MOS 36-Item Short Form Health Survey; EuroQol: EuroQol-5D.

Las 9 viñetas originales COOP fueron desarrolladas por profesionales estadounidenses de centros médicos comunitarios que cooperaban en atención primaria: The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (COOP Project)¹¹. En 1988 la WONCA decidió suprimir 2 láminas, concretamente las correspondientes al apoyo social y la calidad de vida, con lo que quedaron definitivamente las 7 siguientes: forma física, sentimientos, actividades sociales, actividades cotidianas, cambio en el estado de salud, estado de salud y dolor (anexo I). Deben administrarse en el orden mencionado y la cuestión planteada en cada escala, referida al estado de salud, tiene 5 posibles opciones de respuesta, ordenadas de 1 a 5. Una puntuación más alta se correlaciona con un peor nivel de funcionamiento y expresa, por tanto, peor CVRS.

En nuestro país existe ya una validación transcultural de las viñetas COOP/WONCA, realizada por Lizán y Reig²³ en 1999 (incluidas las 2 últimas viñetas, apoyo social y calidad de vida), con una fiabilidad y validez aceptables. Los resultados obtenidos en equivalencia conceptual son similares a los de la versión española del cuestionario de salud SF-36¹⁹, a los de la versión española del SIP¹⁸ y a los de la versión española del PECVEC²⁴. Únicamente quedaría por analizar la sensibilidad a los cambios y profundizar en aspectos de validez de constructo para obtener una completa equivalencia con la versión original. En la tabla III se muestran las características y una comparación de las viñetas COOP/WONCA con otros cuestionarios genéricos de medición de la CVRS¹⁰.

EL MÉTODO DE MEDIDA PECVEC

Se trata de un cuestionario alemán estandarizado y auto-cumplimentable, adaptado al español y orientado a la medición de la CVRS tanto de enfermos crónicos como de personas sanas. Está constituido por un módulo central

genérico, no específico e invariable, que mide las 3 dimensiones del funcionalismo y del bienestar mediante 40 ítems. Otro módulo específico de enfermedad (variable) recoge síntomas y limitaciones específicas de la enfermedad diana y/o del tratamiento (20 o 30 ítems adicionales)²⁴. Hasta la fecha, se ha testado de forma satisfactoria un módulo específico para la población general y otros para las principales enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, coronariopatía, epilepsia y reumatismo⁴. De forma adicional, el cuestionario puede recoger otros aspectos sociodemográficos y los factores mayores de confusión en CVRS (11 ítems). En nuestro país existe una adaptación cultural y de lenguaje de este cuestionario, realizada por Siegrist et al²⁴ y validada por Fernández et al²⁵ en 1997. Cuando se analizan los componentes principales del cuestionario, se constatan 6 factores unidimensionales que definen las 6 escalas (tabla IV):

1. Capacidad física (8 ítems). Evalúa la capacidad de rendimiento físico e intelectual, en la vida privada y profesional.
2. Función psicológica (8 ítems). Evalúa la capacidad de disfrute y relajación, subrayando aspectos como la capacidad de regeneración psíquica, apetito y calidad del sueño, así como la capacidad de compensación de contrariedades y decepciones.
3. Estado de ánimo positivo (5 ítems). Atención, buen humor, optimismo, equilibrio emocional, etc.
4. Estado de ánimo negativo (8 ítems). Se refiere a los aspectos esenciales del estado de ánimo negativo: tristeza, nerviosismo, irritabilidad, sentimientos de amenaza y de desesperación (junto con el punto 3 conforma el bienestar psicológico).
5. Funcionamiento social (6 ítems). Capacidad de relación. Hace referencia a la capacidad para establecer y

TABLA IV. Dimensiones teóricas del Perfil de Calidad de Vida para los Enfermos Crónicos (PECVEC). Estructura por factores²⁴

	Capacidad de actuación (funcionalismo)	Bienestar
Física	I. Capacidad física (capacidad de rendimiento) (8 ítems)	Síntomas Suma de puntuaciones (20 ítems)
Psíquica	II. Función psicológica (capacidad de disfrute y relajación) (8 ítems)	III. Estado de ánimo positivo (5 ítems) IV. Estado de ánimo negativo (8 ítems)
Social	VI. Función social (capacidad de relación) (6 ítems)	VI. Bienestar social (sentimiento de pertenencia a un grupo) (5 ítems)

mantener relaciones y comunicación con otras personas, incluyendo la disposición o capacidad para interesarse por otras personas y abrirse a ellas.

6. Bienestar social (5 ítems). Abarca lo relativo a la pertenencia a un grupo: proximidad a otras personas, prestación de ayuda y sentimientos de soledad y autoexclusión.

El rango de puntuación de todos los ítems del PECVEC es de 0 a 4. Se obtiene una puntuación para cada escala, de modo que una mayor puntuación corresponde siempre a una mejor calidad de vida, y viceversa. A diferencia de otros cuestionarios, la puntuación del PECVEC se calcula mediante la suma de las puntuaciones medias obtenidas en cada subescala o dimensión. La aplicación autoadministrada requiere de 10 a 15 min aproximadamente. Para casos especiales o grupos específicos (p. ej., incapacitados y/o con problemas de visión) puede recurrirse a una entrevista personal. No se han observado porcentajes significativos de rechazo ni diferencias en la aceptación en función del sexo, la edad o el nivel socioeconómico, tanto en personas sanas como en diferentes grupos de enfermos crónicos²⁴. Su aplicación en estos últimos comporta 3 restricciones importantes:

1. No se recomienda su uso en enfermos con pronóstico infausto, ya que la negación o rechazo de la enfermedad puede no ser registrada por el instrumento de medida.
2. Tampoco se recomienda en enfermedades psiquiátricas graves o en pacientes muy ancianos, en los que la validez de las medidas autocumplimentables es limitada.
3. Finalmente, el cuestionario está diseñado para su uso en poblaciones adultas, incluidos los adolescentes, pero excluye a los menores de 12 años.

El cuestionario PECVEC se ha utilizado en múltiples estudios diseñados para cumplir con objetivos clínicos o epidemiológicos que han permitido validar sus propiedades psicométricas. Se ha llevado a cabo la adaptación al español existiendo una equivalencia transcultural con la versión original alemana y ha demostrado ser válido en una gran variedad de trastornos clínicos, incluyendo la hipertensión arterial, diabetes, infarto agudo miocardio, enfermedad reumática y cirrosis hepática, entre otros. Todo ello demuestra que este cuestionario es una herramienta útil para medir la CVRS tanto con fines clínicos como de investigación⁴. Se requiere la realización de nuevos estudios en población española para confirmar estos resultados y determinar con mayor precisión detalles estadísticos relacionados con su validez y capacidad para evaluar

cambios significativos del estado de salud a lo largo del tiempo.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

La calidad de vida, junto con la medida del nivel de salud, se está reconociendo como un objetivo central de la asistencia sanitaria. Esta necesidad está justificada por el aumento progresivo de la esperanza de vida de la población y el incremento de las patologías crónicas. El esfuerzo terapéutico en estas últimas debería centrarse en lograr, prioritariamente, una mejoría en la sensación de bienestar y satisfacción del paciente. Todo ello adquiere una especial relevancia en la atención primaria de salud, donde el médico de familia, mejor conocedor del entorno psicosocial del paciente, puede implementar este concepto con mayores garantías de viabilidad. La incorporación de medidas genéricas para la evaluación de la CVRS en la atención primaria ha demostrado ser de utilidad no sólo para determinar el estado de salud global del paciente, sino también para cribar patologías o problemas que de otro modo serían indetectables. A su vez, monitorizar la CVRS permite evaluar la progresión de la enfermedad y el grado de respuesta al tratamiento. Todo ello sirve de apoyo en la toma de decisiones clínicas y, por supuesto, mejora la relación médico-paciente, al hacer posible que éste tome parte en la elección de la opción más conveniente. Entre los cuestionarios genéricos disponibles para medir la CVRS en atención primaria, debe subrayarse la importancia de las viñetas COOP/WONCA y el PECVEC. Ambos se han adaptado transculturalmente y validado a nuestro idioma. Su sencillez y la posibilidad de que puedan utilizarlos tanto personas enfermas como poblaciones asintomáticas constituyen la piedra angular de su aplicabilidad. En el futuro, evaluar la CVRS va a ser un objetivo primordial de la asistencia primaria, no sólo en el ámbito de la investigación, sino en el de la práctica clínica cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHOQOL Group. Study protocolo for the World Health Organization Project to develop a quality of life assessment instrument. *Qual Life Res* 1993;2:153-9.
2. Schumaker SA, Naughton MJ. The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. En: Schumaker SA, Berzon R, editors. *Quality of life: theory, translation, measurement and analysis*. Oxford: Rapid Communications of Oxford Ltd., 1995; p. 3-10.

3. Lizán Tudela L. Viabilidad de las viñetas COOP/WONCA y otros instrumentos para la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22:135-9.
4. Fernández-López JA, Hernández-Mejía R, Siegrist J. El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Aten Primaria* 2001;28:680-9.
5. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996;334:835-40.
6. Casado JM, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28:167-73.
7. Albrecht GL, Fitzpatrick R. A sociological perspective on health-related quality of life research. En: Albrecht GL, Fitzpatrick R, editors. *Advances in medical sociology. Volume 5: Quality of life in health care*. Greenwich, London: Jai Press, 1994; p. 1-21.
8. McHorney CA, Tarlow AR. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? *Quality of life Res* 1995;4:293-307.
9. Deyo R, Carter W. Strategies for improving and expanding the application of health status measures in clinical setting. A researcher-developer viewpoint. *Med Care* 1992;30 (5 Suppl): MS176-MS86.
10. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria* 2002;29:378-84.
11. Nelson EC, Wasson JH, Kirk JW. Assessment of function in routine clinical practice. Description of the COOP chart method and preliminary findings. *J Chronic Dis* 1987;40(Suppl 1):55-63.
12. Meyboom-de Jong B, Smith RJA. Studies with the Dartmouth COOP charts in general practice: comparison with the Nottingham Health Profile and the General Health Questionnaire. En: Lipkin JRM, editor. *Functional status measurement in primary care*. New York: Springer-Verlag, 1990; p. 132-49.
13. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A, Martínez R, Cabrero J. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas COOP/WONCA. *Med Clin (Barc)* 2000;114:76-80.
14. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac Sanit* 2000; 12:163-7.
15. Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the older functional assessment of older patients. *N Engl J Med* 1990; 322:1207-14.
16. McHorney CA. Generic health measurement: past accomplishments and a measurement paradigm for the 21st century. *Ann Intern Med* 1997;127:743-50.
17. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res* 1994;3:385-93.
18. 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;102:90-5.
19. Alonso J, Prieto L, Anto Boqué 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.
20. Bullinger M. Ensuring international equivalence of quality of life measures: problems and approaches to solutions. En: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Berlin: Springer-Verlag, 1994.
21. Gayoso Diz P. La calidad de vida relacionada con la salud: importancia en atención primaria. *Aten Primaria* 2003;31:293-4.
22. Anderson RT, Aaronson NK, Wilkin D. Critical review of the international assessments of health-related quality of life: generic instruments. En: Shumaker SA, Berzon R, editors. *Quality of life: theory, translation, measurements and analysis*. Oxford: Rapid Communications of Oxford Ltd., 1995; p. 24-9.
23. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria* 1999;24:75-81.
24. Siegrist J, Broer M, Junge A. Perfil en Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC). Versión oficial española del Profiler Lebensqualität Chronischkranker (PLC). Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo, 1997.
25. Fernández López JA, Siegrist J, Hernández Megía R, Broer M, Cueto-Espinar A. Evaluación de la equivalencia transcultural de la versión española del Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos (PECVEC). *Med Clin (Barc)* 1997;109:245-50.