

D
CC
\$2500.-

UNIVERSIDAD DE MONTERREY
DIVISION CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL CHRISTUS MUGUERZA MONTERREY,
DEPARTAMENTO DE EDUCACION
E INVESTIGACION DE SALUD



040.61
5218i
2004

EL IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS
EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA
CON LA SALUD

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

PRESENTA:

DRA. CELIA CARELA SANDOVAL VILLA

ASESORES

DR. GEORG R. GARTZ TONDORF
DR. RAUL SALAS GALINDO

SAN PEDRO GARZA GARCIA, N. L. ENERO DE 2004

UNIVERSIDAD DE MONTERREY
DIVISIÓN CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL CHRISTUS MUGUERZA MONTERREY
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN DE SALUD



EL IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

PRESENTA:
DRA. CELIA CARELA SANDOVAL VILLA

ASESORES
DR. GEORG R. GARTZ TONDORF
DR. RAÚL SALAS GALINDO

SAN PEDRO GARZA GARCÍA, N.L.

ENERO DE 2004

Índice

Capítulo	Página
1. EL IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	
Resumen.....	1
Introducción.....	3
Antecedentes históricos.....	8
Instrumentos para medir la calidad de vida	12
Descripción detallada de las viñetas COOP / WONCA.....	15
Validez.....	21
Experiencia con la láminas COOP / WONCA.....	22
La calidad de vida y las enfermedades crónicas.....	25
2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	27
Objetivo.....	27
Materiales y métodos.....	27
Análisis de datos.....	30
3. RESULTADOS.....	32
Diabetes Mellitus.....	33
Hipertensión Arterial.....	34
Artropatías.....	35
Depresión.....	36
Cardiopatías.....	37
Asma y EPOC.....	38
Accidente Vascular Cerebral.....	39
Resumen.....	40
4. DISCUSIÓN.....	42
5. CONCLUSIONES.....	46
6. BIBLOGRAFÍA.....	47
7. ANEXO A.....	54

Resumen

Título: El impacto de las enfermedades crónicas en la calidad de vida relacionada con la salud.

Antecedentes: El envejecimiento de la población resulta en un incremento de personas ancianas que viven con enfermedades crónicas que pueden afectar adversamente su calidad de vida. La información del impacto de las enfermedades crónicas en la calidad de vida puede hacer a los servicios de salud más centrados en el paciente.

Objetivo: El propósito de éste estudio fue determinar el impacto de las ocho enfermedades más frecuentes en la calidad de vida de pacientes mexicanos derechohabientes de una clínica privada.

Métodos: El estudio se llevó a cabo en una clínica de atención médica privada del norte de México. A cada individuo respondió una encuesta que contenía las láminas COOP/WONCA (versión en español) además de una encuesta adicional con variables demográficas así como las ocho enfermedades más frecuentes en la consulta.

Resultados: La depresión incrementa el riesgo de evaluaciones negativas en casi todas las variables de las láminas COOP/WONCA. No se observaron alteraciones en ninguna de las láminas al evaluar a los pacientes con HTA. Los pacientes con Diabetes Mellitus

obtuvieron bajos resultados en el aspecto relacionado con las actividades sociales. El asma y el EPOC obtuvieron bajas puntuaciones principalmente en las actividades físicas.

Conclusiones: La depresión es la enfermedad más incapacitante. La osteoartritis tiene un impacto importante en la calidad de vida relacionada con la salud que muchas otras enfermedades crónicas. La falta de efectos adversos de la Diabetes y la Hipertensión merece estudios adicionales.

Palabras clave: Mexicanos, Enfermedades Crónicas, Láminas COOP / WONCA, atención primaria, calidad de vida.

Introducción

La idea que el médico adquiere del enfermo una vez completada la historia clínica se fundamenta en los datos que el propio paciente le presenta y en aquéllos que puede obtener de la información o de la exploración física sistemática y de las determinaciones objetivas que le proporcionan las muestras biológicas o las exploraciones complementarias.

Por su parte, el paciente tiene de sí mismo, y de su enfermedad, una visión y un conocimiento que no necesariamente coinciden con la idea que el médico puede explorar.

En el área de la medicina interna esta disociación se produce con mucha frecuencia. No se tienen en cuenta muchas veces aspectos ligados a la personalidad de cada individuo, cómo vive su enfermedad y sus síntomas y cómo lucha frente a la discapacidad o cómo se enfrenta a la dificultad que ésta le provoca.

En este sentido, en los últimos tiempos se ha buscado una mayor individualización de los objetivos terapéuticos, centrándose hacia ámbitos más relacionados con la calidad de vida (CV) y no exclusivamente en la supervivencia.

Las consecuencias que para un sujeto acarrea tener una enfermedad se dividían clásicamente en dos grandes apartados:

- a) La morbilidad anatomofisiológica
- b) La morbilidad funcional

La primera de ellas hacía referencia al conjunto de síntomas y signos producidos por la enfermedad y su tratamiento.

La segunda describía el deterioro en la capacidad para llevar a cabo tareas individuales adecuadas para su edad, el rol social y el estatus del paciente.

Esta visión, ajustada del modelo biomédico tradicional pasa por alto las repercusiones que el proceso y su terapéutica ocasionan en el estilo de vida del paciente, el impacto que ambos factores tienen en el estatus psicológico, el bienestar social, la actividad laboral, etc.

En la medicina actual, es también trascendente cómo se siente el paciente y no sólo cómo los médicos creen que debería sentirse en función de las medidas clínicas.

Las respuestas sintomáticas o las tasas de supervivencia ya no son suficientes, en particular cuando los pacientes son tratados por procesos crónicos o que amenazan su vida.

El interés del médico en la CV ha sido estimulado por el éxito en la prolongación de la vida y porque los pacientes ya no sólo desean vivir, sino vivir en las mejores condiciones de salud.

Si consideramos que es importante el estado funcional deberemos ser capaces de evaluarlo de alguna manera. Estado funcional, estado de salud y calidad de vida son conceptos íntimamente relacionados ⁴⁰

El estado funcional es un aspecto del estado de salud que a su vez forma parte de la calidad de vida relacionada con la salud. En la actualidad disponemos de una amplia variedad de instrumentos que nos informan de cómo se siente el paciente, cuál es su estado funcional y cómo percibe su propia salud.

Sin embargo, evaluar adecuadamente todos estos aspectos requiere un tiempo precioso en la ya de por sí sobrecargadas consultas de atención primaria.

En los últimos 25 años la evaluación del estado de salud se ha empleado en una amplia variedad de situaciones:

- a) descripción del perfil de salud en pacientes con diferentes diagnósticos y patologías
- b) evaluación de los relativos beneficios de diferentes tratamientos
- b) comparación de resultados en salud entre diferentes proveedores

- d) evaluación de iniciativas políticas sanitarias
- e) medición del estado de salud en la población general.⁵⁶

Sin embargo, está recibiendo más atención la utilización de las mediciones del estado de salud en la práctica clínica para la evaluación individual del paciente y la monitorización del tratamiento.^{42,43}

La incorporación de las medidas genéricas en las consultas teóricamente podrían cubrir varios objetivos:

- a) describir el estado global de los pacientes
- b) servir de cribado para patologías incipientes
- c) estimar las necesidades no detectadas rutinariamente
- d) monitorizar la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento
- e) mejorar la relación médico paciente.

¿Cuál es la razón de este creciente interés en la utilización de mediciones para el paciente en la consulta?. Ya se ha comentado el paradigma del modelo bio-psicosocial: nuestra mirada como internistas nos obliga a tener una percepción integral del individuo.

Además, los estudios realizados en los últimos años han mostrado una pobre correlación entre las estimaciones del médico y las del paciente sobre el estado funcional, el bienestar emocional y la calidad de vida en general.¹²

Es necesario trabajar con las percepciones de los pacientes – y si son autodeclaradas mejor-.

Siendo conscientes del cambio que representan las condiciones crónicas sobre todo en la medicina de atención primaria, desde diversos foros se ha propuesto que la calidad de vida sea tomada en cuenta como el objetivo esencial de los cuidados médicos.⁵³

Antecedentes históricos

Los trabajos iniciales de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) iniciaron en 1949 cuando se publicaron las primeras mediciones concernientes a la función de los pacientes o el bienestar general (Karnofsky).²⁵

En la década de los 50 aparece en la sociedad un interés cada vez mayor por la satisfacción personal de cada individuo enfermo respecto a las prácticas médicas, que es lo que más adelante dará el término de CV. En ésta década se desarrollaron las escalas de las actividades de la vida diaria.²⁶

El contenido de estas escalas estaba basado en la afectación funcional severa de las actividades de la vida tales como el comer, vestir o asearse. En estos instrumentos se antepone la observación más objetiva a la subjetiva.

El cambio hacia la medición de la CVRS ocurrió en los años 70 cuando se desarrolló la moderna generación de instrumentos como *Sickness Impact Profile*⁷ y *Nottingham Health Profile*² que permitían acercarse a la salud percibida por los individuos de una manera estandarizada y multidimensional.

En 1973 es la OCDE ⁴⁷ (Organization for Economic Co-operation and Development) la que define la CV relacionando la situación del individuo con una serie de factores nucleares: salud, educación, vida laboral, ocio, servicios, entorno físico, seguridad personal, administración de justicia, oportunidad social y participación. El concepto de CV es admitido por primera vez en el Index Medicus en 1977. En este momento lo más importante son las medidas objetivas intentando encontrar cuál de los indicadores es más importante para la población.

Autores como Palmore y Lukart en 1972 ⁴⁸ y Larson en 1978 ³³ demuestran que los indicadores objetivos sólo guardan una correlación mínima con la experiencia subjetiva de la CV. En este mismo año, para Levi ³⁴, por encima de cierto nivel mínimo de vida, el determinante fundamental de la CV es la coincidencia entre las características de la situación y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo tal y como las percibe él mismo.

En la década de los 80 se desarrollaron cuestionarios mucho más cortos, como el COOP (The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (COOP Project), Hanover, New Hampshire) ³⁴. En esta época comienzan a considerarse los aspectos subjetivos de la CV, siendo los más importantes a tener en cuenta.

Joyce, en su aportación al trabajo sobre CV “evaluación y aplicación” (1987)²⁴, hace referencia a las áreas de consenso que deben ser evaluadas: función física, cognitiva, afectiva, social y económica que en conjunto dieron lugar a lo que se denomina PCASE (por sus siglas en inglés).

Finalmente en los años 90, se desarrollan instrumentos específicos y se valoran dos problemas fundamentales:

- 1) No existe una definición universalmente aceptada sobre la CV.
- 2) No existe consenso sobre la metodología y los instrumentos adecuados de medirla.

En 1993 Bobbes et al.⁸ revisan la literatura y llegan a la conclusión de que hay dos temas claves que son: la multidimensionalidad del concepto y la subjetividad del mismo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1994,⁶⁰ intenta obtener un consenso internacional, tanto del concepto como de la manera de evaluar el término de CV y la define como “... la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Es un concepto amplio que puede verse afectado de modo complejo por la salud física de la persona, su estado psicológico, sus creencias personales, convivencia social y

relaciones con características destacadas de su medio ambiente.”⁶⁰ Esta organización intenta considerar diferentes aspectos:

- 1) La CV se expresa en términos de distancia desde la posición de un paciente y sus objetivos.
- 2) El paciente definirá sus objetivos en términos lo suficientemente claros para permitir el anterior punto.
- 3) La relación entre CV y enfermedad no es lineal.
- 4) La medida de CV está sujeta únicamente a las dificultades que se presentan cuando se pretenden medir emociones.

Autores como Bech en 1985 ⁵ afirman que la CV abarca el estado funcional, psicológico, social y los efectos secundarios del tratamiento, soporte mental y su relación con el entorno. Él revisa además el modelo de Joyce incluyendo en la dimensión “funciones de ego” lo que da lugar en 1994 al modelo PCASEE.⁶ Las seis dimensiones que constituyen este modelo se corresponden con los sistemas de la OMS.

Para valorar estos aspectos de morbilidad se han propuesto varios cuestionarios que desde un punto de vista psicométrico deben satisfacer dos requisitos: fiabilidad y validez.⁹

La mayoría de los estudios de calidad de vida están mal logrados por el pobre diseño y por métodos inadecuados de evaluación.

Instrumentos para medir la calidad de vida

Perfiles de salud : Describen el estado de salud mediante un conjunto de puntajes. Hacen énfasis en los diversos componentes de salud y/o CV. Sostienen que las distintas dimensiones de la salud deben ser medidas en forma separada y que la medición tiene significado al interior de cada dimensión. Reflejan una perspectiva clínica; muchos de ellos surgieron de listados de chequeo de síntomas y se usaron para monitorear el progreso de pacientes individuales.²²

Índices de Salud : Resumen la salud con un solo número. Concuerdan en que la salud es multidimensional pero argumentan que las decisiones vitales requieren un cambio de las impresiones de cada dimensión en un puntaje único. Son de utilidad en análisis económicos de los resultados de programas y en la comparación de resultados de diferentes programas.

Según su ámbito de aplicación se agrupan de acuerdo a: escalas clínicas, escalas de CV para pacientes con cáncer, mediciones usadas en atención primaria, métodos evaluativos generales, indicadores integrales de bienestar para ser usados en la comunidad e índices de salud.

Algunos ejemplos son:

a) Escalas clínicas:

Arthritis impact measurement scales.

Physical and mental impairment of function evaluation

(para pacientes internados).

Functional assessment inventory

(detecta potencial para rehabilitación vocacional).

b) Escalas de CV para pacientes con cáncer:

Functional living index-cancer.

European quality of life questionnaire.

Spitzer's quality of life index (Cáncer y también otros problemas).

c) Mediciones para ser usadas en atención primaria:

Láminas COOP/WONCA.

Functional status questionnaire.

Duke health profile.

d) Métodos evaluativos generales:

Nottingham health profile (iniciado para atención primaria pero más usado más como instrumento evaluativo).

Sickness impact profile.

McMaster Health index questionnaire.

Multilevel assessment instrument.

Medical outcomes study short form survey: SF-36 y SF-20.

e) Indicadores integrales de bienestar para senescentes en la comunidad:

Self-evaluation of life scale.

Multidimensional functional activities questionnaire (OARS group).

CARE instruments.

f) Índices de salud:

Disability and distress scale.

EuroQuol quality of life measure.

Quality of well-being scale.

Descripción detallada de las viñetas COOP / WONCA

Las láminas COOP fueron diseñadas originalmente por un grupo de médicos investigadores de atención primaria en Estados Unidos: The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (COOP Project), Hanover, New Hampshire.^{45,46}

Se diseñaron para proporcionar un sistema de medición del estado funcional en la consulta médica. Las láminas aportan un sistema rápido, válido y fiable de cribado de los pacientes que determina quién podría beneficiarse de una evaluación más exhaustiva.

El grupo investigador pretendía además que tuvieran una interpretación sencilla, fuera útil clínicamente y, sobre todo, manejable y eficiente en el contexto de la práctica clínica.

Los objetivos que debería de cumplir la nueva medida eran :

- a) proporcionar datos válidos y fiables en las principales dimensiones de funcionamiento físico, mental y social.
- b) adaptarse fácilmente a la rutina diaria de recogida de datos desarrollada en la consulta.
- c) ser aplicable a pacientes con una gran variedad de problemas y diagnósticos, como los que se presentan en la medicina de primer nivel.

- d) poseer un alto grado de validez aparente y ser aceptada por un amplio grupo de médicos y pacientes.
- e) producir resultados de fácil interpretación.
- f) facilitar información de utilidad clínica.

A finales de los años ochenta, la WONCA decidió revisar el cuestionario original y promover su uso en medicina de primer contacto. Además se perseguía alcanzar un estándar que fuera aplicable internacionalmente tras las correspondientes adaptaciones transculturales.

El cuestionario consta de 9 escalas de un único reactivo; cada reactivo intenta medir una dimensión de la CV. Cada lámina consta de un título, una cuestión referida al estado del paciente en las últimas 4 semanas y 5 alternativas de respuesta. Cada opción está ilustrada por un dibujo que representa un nivel de funcionamiento en una escala ordinal de 5 puntos; las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento.

Las láminas pueden administrarse por un profesional de la salud o ser autoadministradas. Aunque hay una buena correlación entre la autoadministración y la administración por profesionales, la primera tiene la ventaja de que elimina el posible sesgo debido al entrevistador.⁴⁶

En 1988, basándose en la naturaleza del instrumento y los datos psicométricos publicados, la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) ⁴⁵ seleccionó este cuestionario como el más apropiado para llevar a cabo un sistema de medición del estado funcional en el ámbito internacional.

Se decidió revisar las láminas COOP ampliamente: se eliminaron las correspondientes al apoyo social y la calidad de vida y se dejó la escala de dolor como opcional; denominaron al nuevo instrumento «*COOP charts*», por *Cooperative* y porque además la escala mostraba una serie de dibujos para ilustrar cada una de las posibles opciones de respuesta. ³⁵

El tiempo de referencia de las cuestiones se redujo de 4 a 2 semanas. El nuevo instrumento se denominó «*COOP/WONCA charts*» para diferenciarlo de las originales «*COOP charts*»⁵⁶. Los títulos de las láminas y las preguntas se modificaron y los dibujos se simplificaron al máximo.

Así, de esta forma sustancialmente revisada, las láminas *COOP / WONCA* constituyen un nuevo instrumento de medida. Cada lámina contiene un reactivo que se refiere al estado funcional del paciente durante las dos últimas semanas; cada reactivo cubre supuestamente una dimensión de la calidad de vida.

Las láminas han de presentarse siempre en el mismo orden: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud y dolor (opcional).

En cada lámina hay una viñeta con 5 dibujos que ilustran cada una de las posibles categorías de respuesta para cada reactivo; cada uno de los dibujos lleva en el margen derecho un número, del 1 al 5.

Las puntuaciones más altas indican una peor capacidad funcional de la dimensión evaluada. La puntuación de cada una de las láminas permite una interpretación directa del estado funcional en la dimensión estudiada⁹. El instrumento puede completarse en menos de 5 minutos. Normalmente cada lámina ocupa 30-45 segundos, independientemente del método de administración³⁶

Antes de completar las viñetas son necesarias unas breves instrucciones. Es importante que el paciente comprenda que sólo es posible una respuesta por lámina. Las instrucciones deben abarcar los siguientes aspectos:

- El concepto del estado funcional; la capacidad para desarrollar determinadas tareas en la vida.
- El número de cuestiones con las dimensiones exploradas.
- La estructura de las respuestas : cinco alternativas por cada pregunta, de las cuales sólo una debe ser elegida.

- La jerarquía de las alternativas:
 - a) En todas las cuestiones excepto en la 5: desde sin limitaciones hasta la máxima limitación.
 - b) En la número 5: de mejoría a deterioro.
- El tiempo de referencia :<< durante las dos últimas semanas>>.
- El papel de las ilustraciones como complemento de ayuda para la elección de la respuesta adecuada.

En la *tabla a* se muestra un análisis comparativo de las viñetas COOP / WONCA con otros instrumentos genéricos de medición de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Por lo que respecta al sistema de puntuación , los autores originales resaltaban el hecho de que cada lámina representa una dimensión de CVRS y las puntuaciones no debían sumarse para reflejar una puntuación global de funcionamiento.

Van Weel, ⁵⁶ aunque afirma que cada una de las láminas permite una interpretación directa en la dimensión estudiada, deja abierta la posibilidad, al igual que otros instrumentos genéricos, de sumar puntuaciones de todas las láminas y ofrecer un índice global.

Si se tiene en cuenta que al realizar un análisis factorial se obtiene un único factor, parece factible que la posibilidad de emplear este índice global más allá de las interpretaciones unidimensionales.

Comparación de 5 instrumentos genéricos de medición de la CVRS					
	COOP / WONCA	SIP	NHP	SF-36	EuroQol
Físico					
Movilidad/deambulación	+	+	+	+	+
Autocuidados	+	+	+	+	+
Mental					
Síntomas emocionales	+	+	+	+	+
Autoestima	-	-	-	+	-
Cognición	-	+	-	-	-
Actividades sociales / apoyo	+	+	+	+	+
Estado de salud general	+	-	-	+	+
Cambio de salud	+	-	-	+	-
Discapacidad / alteración del rol	+	+	-	+	-
Dolor	+	-	+	+	+
Características					
No. de reactivos	9	136	38	36	5
Tiempo (min)	<5	20-30	<10	<10	<5
Aceptabilidad	++	+	+	+	++
Validez	+	+	+	+	+
Fiabilidad	+	+	+	+	+
Sensibilidad al cambio	+	+	+	+	+
Simplicidad	++	-	+/-	+/-	++

SIP Sickness Impact Profile

NHP Nottingham Health Profile

tabla a

Validez

Por lo que respecta a la influencia de diversas variables sociodemográficas en los resultados del instrumento, los efectos tienden a ser coincidentes en la bibliografía: la edad influye negativamente en la autopercepción de CVRS; este hecho es sobre todo evidente en la versión española³⁵, noruega¹⁰ y china²⁸⁻³⁰.

Un aspecto reincidente en múltiples trabajos sobre la CVRS es la peor percepción de la salud en las mujeres de forma similar a las láminas^{35,41}. A medida que aumenta el número de patologías y / o el número de medicamentos consumidos, se deteriora la autopercepción de la CVRS^{1, 46} y los ingresos económicos y el nivel de estudios presentan una relación inversa con la calidad de vida.¹⁹ Al realizar un análisis multivariante para valorar el impacto de las patologías en las dimensiones del cuestionario, se demostró una sensibilidad similar al SF-36.³⁸

Las viñetas generan información válida y reproducible cuando se administran adecuadamente, producen resultados similares que otras medidas ya ampliamente validadas y se correlacionan en la dirección esperada con variables clínicas y sociodemográficas.

Son sensibles al efecto de diversas patologías y tanto los profesionales de la salud como los pacientes creen que las láminas pueden ser benéficas y son fáciles de usar, comprender e interpretar.

Además los médicos que las han utilizado indican que generan nueva información significativa en aproximadamente 1 de cada 4 pacientes. ^{45,46}

Una de las principales desventajas radica en su efecto techo (ceiling effect), es decir, los resultados de las viñetas están algo sesgados hacia el extremo de la escala que denota una buena CVRS, sobre todo en los correspondientes a sentimientos, actividades cotidianas y actividades sociales.

Esta característica también se cumple en aquellos instrumentos que tienden a representar la salud como ausencia de limitaciones.

La principal limitación de este hecho radicaría en la disminución de la sensibilidad del COOP / WONCA cuando se emplee en sujetos con mínima comorbilidad.⁴²

Otro de los inconvenientes viene dado por la naturaleza del instrumento. Como en otras medidas genéricas, la sensibilidad al cambio parece ser buena para condiciones con un impacto sustancial e importante en el funcionamiento global y en el bienestar, pero no tanto para aquellas condiciones con una repercusión más limitada en la CVRS.

Es importante mencionar los resultados de una revisión reciente de ensayos aleatorios que valoraban la utilidad de CVRS de los pacientes en la consulta. Se concluyó que sólo se modifican una minoría de indicadores del proceso de atención, pero no se modifica el resto de la atención.²

Hay que considerar el escaso número de ensayos evaluados. La inexistencia de una evaluación sobre estudios observacionales prospectivos hace que debamos ser cautelosos con estos hallazgos.

La calidad de vida y las enfermedades crónicas

La CVRS en las enfermedades crónicas ha sido evaluada por diferentes investigadores: En 1999, Wang J y cols ⁵⁸ estudiaron a una población de 106 pacientes hipertensos, en quienes encontraron que la función más afectada es la limitación física así como el dolor. También observaron que tras el inicio de una terapia antihipertensiva adecuada la CV mejoraba.

Mientras tanto, Wandell PE ⁵⁷ valoró la CVRS en pacientes diabéticos. Su estudio incluyó a 177 pacientes diabéticos entre 65 y 84 años de edad, encontrando que en este grupo de pacientes el aspecto que se encuentra principalmente afectado es la percepción de la salud en general, además de limitaciones en el rol debidos a salud física y emocional. Observaron además que los pacientes que tenían un peor control metabólico tenían una pobre función cognitiva.

De Bock y cols. en 1995 ¹³ encontraron en pacientes con osteoartrosis que la función más afectada se encuentra relacionada con la actividad física, conclusión obtenida tras entrevistar a un grupo de pacientes en una unidad de medicina familiar, población entre 41 y 60 años.

De acuerdo a los hallazgos publicados por Michelson H,⁴⁴ se encontró que al aumentar el número de enfermedades crónicas hay disminución en la calidad de vida comparado con sujetos de la misma edad, con o sin enfermedad sistémica.

Este evento que es más significativo cuando se acompaña de depresión comórbida, ya que Gaynes y cols.¹⁸ al estudiar el impacto de la depresión comórbida observaron que no solamente disminuye la CVRS, sino que además amplifica sus efectos.

En el año 2000 Lam y cols.²⁸ Investigaron la CV en pacientes chinos con enfermedades crónicas, observaron que la depresión incrementa el riesgo de puntuaciones altas en casi todos los aspectos de las láminas COOP / WONCA. La hipertensión arterial obtiene valores altos en la forma física. Concluyen que la depresión es la enfermedad más incapacitante, la osteoartritis impacta más que las otras enfermedades crónicas.²⁸

Ruo y cols. en el año 2003 realizaron un estudio donde evaluaban el impacto de la depresión sobre los síntomas coronarios. Concluyen tras analizar a 1024 pacientes que, los síntomas depresivos están fuertemente asociados con el estado de salud del paciente incluyendo: limitación física, CV y la salud en general.⁵⁰

Métodos de investigación

Objetivo

Valorar el impacto de las enfermedades crónicas más comunes en la consulta externa (DM, HTA, asma/EPOC, cardiopatía, osteoartritis, AVC y depresión), sobre la CVRS en pacientes mexicanos derechohabientes de la Clínica Nova de Monterrey, SA de CV. (La mayoría de los estudios publicados hasta ahora están relacionados con pacientes norteamericanos y asiáticos).

Establecer si las diferentes enfermedades afectan la CVRS y cuál de los aspectos se ve más afectado.

Materiales y métodos

El estudio se realizó en una clínica de atención privada con una población cautiva de 19.000. pacientes, proporciona 1000 consultas diarias aproximadamente.

La mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas son atendidos en el área correspondiente de Medicina Interna (que corresponde al médico de primer contacto en esta clínica).

Al momento del estudio se tiene una consulta promedio en esta sección de 350 pacientes. Se invitó a participar a todos los pacientes mayores de 18 años que acudieron a la clínica entre el período de julio y agosto de 2003.

Cada persona recibió un cuestionario estructurado antes de entrar a la consulta con el médico. Cada individuo respondió el cuestionario personalmente a menos que no pudiera comunicarse adecuadamente, en cuyo caso la persona que lo acompañaba lo contestó.

El cuestionario contenía preguntas relacionadas a variables demográficas y datos de morbilidad correspondientes a esta población, así como la versión en español de las viñetas COOP / WONCA.

Los datos de morbilidad fueron obtenidos sobre las ocho enfermedades crónicas más frecuentes en la consulta. A cada participante se le preguntó específicamente si él o ella habían sido diagnosticados por un médico con: HTA, DM, asma, EPOC, enfermedad cardíaca de cualquier tipo, osteoartritis de la rodilla, enfermedad articular en otro sitio diferente a la rodilla, accidente cerebrovascular y depresión.

Asma y EPOC fueron considerados un mismo grupo debido a la gran sobreposición entre ellos. No se realizó una distinción particular sobre la enfermedad cardíaca, debido a que los pacientes no siempre pueden diferenciar bien entre ellas.

Se consideró que un sujeto era portador de alguna enfermedad con sólo señalarla en el cuestionario.

Las viñetas COOP / WONCA : Cada lámina contiene un reactivo que se refiere al estado funcional del paciente durante las dos últimas semanas.

En cada lámina hay una viñeta con 5 dibujos que ilustran cada una de las posibles categorías de respuesta unipolar para cada reactivo; cada uno de los dibujos lleva en el margen derecho un número, del 1 al 5.

Las puntuaciones más altas indican una peor capacidad funcional de la dimensión evaluada. En el apéndice “A” se muestra un ejemplo del cuestionario empleado.

Análisis de datos

Se contabilizaron las respuestas positivas por número y porcentaje, con promedio y desviación estándar para cada x grupo de preguntas.

Se realizó comparación entre grupos de reactivos, subdividiendo a los encuestados en:

- Grupo control ajustado por edad
- Diabetes, hipertensión arterial sistémica, asma/EPOC, artropatía, accidente vascular cerebral, depresión

Se utilizó el paquete estadístico de Excel (Microsoft Office 2000) para cálculo de X^2 y t-Student y comparación entre grupos.

Resultados

El 62.3% de los pacientes elegibles completó la encuesta (623). Se anularon 62 encuestas (9.9%). De los 562 participantes restantes 196 (34.9%) eran hombres y 385 (65.1%) eran mujeres.

La edad promedio del grupo en general fue de 42.7 años (edad mínima 18- edad máxima 88) con una desviación estándar de 16.4 años. El 56% (316) de los pacientes negó padecer alguna de las enfermedades crónicas.

La distribución de acuerdo a la enfermedad se muestra en la tabla 1.

Distribución de acuerdo a enfermedad		
	N	%
Gonartrosis	136	25
Depresión	98	17
HTA	91	16
DM	81	14
Asma/EPOC	29	6
Cardiopatía	27	5
AVC	7	1

tabla 1

Diabetes Mellitus

Se obtuvo un total de 81 pacientes con DM (14%) de los cuales el 29% (24) manifestó padecer únicamente diabetes, mientras que el 71% restante respondió padecer otra enfermedad crónica asociada.

El promedio de respuesta para cada reactivo COOP/WONCA se muestra en la tabla 2. Nótese que en el grupo de pacientes que solo padecen diabetes el único parámetro afectado es el de actividades sociales, mientras que al agregarse otras enfermedades crónicas, se muestran diferencias significativas en los parámetros de: forma física, sentimientos, actividades sociales, actividades cotidianas y calidad de vida.

COOP / WONCA en DM	N =	DM	Ctrl.	DM/s	Ctrl.	DM/c	Ctrl.
		81	41	24	171	57	52
Forma física		3.3	2.6	2.9	2.8	3.5	2.5
Sentimientos		2.2	1.6	2.1	2.0	2.3	1.5
Actividades sociales		2.1	1.5	2.0	1.5	2.2	1.4
Actividades cotidianas		2.1	1.4	1.8	1.5	2.2	1.3
Cambio en edo. de salud		2.0	2.1	2.0	2.2	2.1	2.1
Estado de salud		2.6	2.3	2.5	2.3	2.6	2.4
Dolor		2.4	2.2	2.5	2.2	2.4	2.2
Apoyo social		2.3	2.3	2.6	2.3	2.2	2.3
Calidad de vida		2.3	1.9	2.1	2.1	2.4	1.8

p<.001 p<.01 p<.05

tabla 2

Hipertensión Arterial

Se obtuvo un total de 91 pacientes que aceptaron padecer HTA.

El 20% de los pacientes (19) negó la presencia de enfermedades crónicas asociadas. En este grupo de pacientes no se observó diferencia significativa en ninguno de los puntos evaluados, mientras que el restante 80%, que corresponde al grupo de pacientes con enfermedades comórbidas, percibe alteraciones en: forma física, sentimientos, actividades sociales, actividades cotidianas y calidad de vida. (ver tabla3)

COOP / WONCA en HTA	N =	HTA	Ctrl.	HTA/s	Ctrl.	HTA/c	Ctrl.
		91	40	19	120	72	30
Forma física		3.3	2.6	3	2.7	3.3	2.5
Sentimientos		2.4	1.6	2.3	1.9	2.4	1.5
Actividades sociales		2.0	1.5	1.7	1.5	2.0	1.4
Actividades cotidianas		2.2	1.4	1.6	1.4	2.2	1.3
Cambio en edo. de salud		2.1	2.1	1.8	2.1	2.2	2.1
Estado de salud		2.6	2.4	2.1	2.3	2.7	2.4
Dolor		2.5	2.2	2.0	2.2	2.6	2.2
Apoyo social		2.4	2.4	2.3	2.4	2.2	2.3
Calidad de vida		2.3	2	1.8	2	2.4	1.8

p<.001 p<.01 p<.05

Tabla 3

Artropatías

Se decidió agrupar a los pacientes con Osteortrosis y Artritis de otras articulaciones, dada la facilidad de confusión entre los términos por parte del paciente. Se obtuvo un grupo total conformado por 136 pacientes de los cuales 107, es decir el 78% de ellos, padecían otras enfermedades crónicas asociadas. Este grupo de pacientes perciben un buen apoyo social. Sin embargo, su percepción de la CV es pobre. El grupo de pacientes que manifiestan tener solamente el diagnóstico de Artropatía manifestó al igual que el grupo con enfermedades crónicas asociadas alteraciones en la forma física, sentimientos, actividades sociales, actividades cotidianas y dolor, pero a diferencia de este último grupo su percepción de la CV no parece verse afectada (ver tabla 4).

COOP / WONCA	Artro- patías	Ctrl.	Artro- patía s / c	Ctrl.	Artro- patía c/c	Ctrl.
en Artropatía N =	136	30	29	53	107	19
Forma física	3.4	2.5	3.3	2.6	3.4	2.5
Sentimientos	2.3	1.5	2.3	1.7	2.3	1.0
Actividades sociales	2.1	1.4	2.0	1.4	2.1	1.5
Actividades cotidianas	2.2	1.3	2.1	1.4	2.3	1.3
Cambio en edo. de salud	2.2	2.1	2.1	2.0	2.2	2.1
Estado de salud	2.6	2.4	2.5	2.3	2.5	2.3
Dolor	2.8	2.3	2.8	2.1	2.7	2.1
Apoyo social	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3
Calidad de vida	2.3	1.8	2	2	2.4	1.8

p<.001 p<.01 p<.05

tabla 4

Depresión

Se obtuvo un total de 98 pacientes con depresión de los cuales, solamente 51 no tenían enfermedad comórbida asociada.

En ellos se encuentran afectadas los aspectos de sentimientos, actividades cotidianas y la calidad de vida. Se incrementa la pobre percepción al asociarse a otras enfermedades crónicas, con lo que se ven afectados casi todos los aspectos, excepto el cambio en el estado de salud. (ver tabla 5).

COOP / WONCA en Depresión N =	Depre- sión 98	Ctrl. 46	Depresión c / c 51	Ctrl. 30	Depresión s / c 47	Ctrl. 130
Forma física	3.2	2.5	3.3	2.6	3	2.7
Sentimientos	2.8	1.5	2.7	1.5	2.8	2.4
Actividades sociales	2.3	1.4	2.4	1.4	2.2	1.5
Actividades cotidianas	2.3	1.3	2.5	1.3	2.0	1.3
Cambio en edo. de salud	2.3	2.1	2.3	2.1	2.3	2.1
Estado de salud	2.8	2.4	2.9	2.4	2.7	2.3
Dolor	2.7	2.1	3.0	2.2	2.3	2.1
Apoyo social	2.4	2.3	2.2	2.3	2.5	2.3
Calidad de vida	2.5	1.8	2.7	1.8	2.2	1.8

p<.001 p<.01 p<.05

tabla5

Cardiopatías

El grupo de pacientes con Cardiopatías, está conformado por 27 pacientes, de los cuales solamente 2 negaron la presencia de otras enfermedades crónicas asociadas.

Este grupo de pacientes, al analizarse con respecto al grupo control, se encontraron alteraciones significativas en los puntos que evalúan: forma física, sentimientos, actividades sociales y actividades cotidianas (ver tabla 6).

COOP / WONCA en Cardiopatía	N =	Cardiopatía	Ctrl.	Cardiopatía s/c
		27	28	0
Forma física		3.5	2.5	NA
Sentimientos		2.7	1.4	NA
Actividades sociales		2.3	1.5	NA
Actividades cotidianas		2.9	1.3	NA
Cambio en edo. de salud		2.5	2.1	NA
Estado de salud		2.8	2.4	NA
Dolor		2.9	2.3	NA
Apoyo social		2.2	2.4	NA
Calidad de vida		2.8	1.9	NA

p<.001 p<.01 p<.05

Tabla 6

Asma y EPOC

Se reunieron un total de 29 pacientes que manifestaron padecer asma o EPOC, de los cuales todos refirieron padecer enfermedades crónicas asociadas. Se obtuvieron alteraciones significativas en: sentimientos, actividades sociales, Actividades Cotidianas y Cambio en el estado de Salud. De la misma forma tienen una percepción pobre de su CV. (ver tabla 7).

COOP / WONCA en Asma y EPOC	Asma y EPOC 29	Ctrl. 80	Asma y EPOC s/c 0
Forma física	3.1	2.5	NA
Sentimientos	2.5	1.4	NA
Actividades sociales	1.9	1.5	NA
Actividades cotidianas	2.3	1.3	NA
Cambio en edo. de salud	2.5	2.1	NA
Estado de salud	2.7	2.4	NA
Dolor	2.2	2.3	NA
Apoyo social	2.3	2.4	NA
Calidad de vida	2.6	1.9	NA
	p<.001	p<.01	p<.05

Tabla 7

Accidente Vascular Cerebral

Siete pacientes en total manifestaron haber padecido un accidente cerebrovascular, todos ellos con enfermedades crónicas asociadas. En este grupo de pacientes se encontraron alteraciones significativas en: Actividades sociales, actividades cotidianas y cambio en el estado de salud, viéndose más afectada el área de actividades sociales. (ver tabla 8)

COOP / WONCA en ACV	N =	ACV 7	Ctrl. 14	ACV s / c 0
Forma física		2.4	2.7	NA
Sentimientos		2.0	1.6	NA
Actividades sociales		2.4	1.8	NA
Actividades cotidianas		1.6	1.4	NA
Cambio en edo. de salud		2.8	2.4	NA
Estado de salud		2.4	2.8	NA
Dolor		2.6	2.6	NA
Apoyo social		2.2	2.7	NA
Calidad de vida		2.8	2.4	NA

p<.001 p<.01 p<.05

Tabla 8

Resumen

Al analizar en conjunto los grupos de pacientes que sólo padecen una enfermedad crónica (ver tabla 9) podemos observar que los pacientes que padecen de artropatías manifiestan un mayor número de alteraciones.

El grupo de pacientes con diabetes solamente se ve afectado en el área de las actividades sociales y el grupo de pacientes con HTA no manifiestan alteraciones en ninguno de los aspectos analizados.

COOP / WONCA N =	DM 24	HTA 24	Depresión 47	Artropatía 29
Forma física	2.9	3	3	3.3
Sentimientos	2.1	2.3	2.8	2.3
Actividades sociales	2.0	1.7	2.2	2.0
Actividades cotidianas	1.8	1.6	2	2.1
Cambio en edo. de salud	2.0	1.8	2.3	2.1
Estado de salud	2.5	2.1	2.7	2.5
Dolor	2.5	2.0	2.3	2.8
Apoyo social	2.6	2.3	2.5	2.3
Calidad de vida	2.1	1.8	2.2	2

$p < .001$
 $p < .01$
 $p < .05$

Tabla 9

En la tabla 10 podemos ver agrupados los resultados de acuerdo a la enfermedad crónica asociada a otras enfermedades. Podemos apreciar que solamente el grupo de pacientes con cardiopatías y ACV no manifiestan alteraciones en su CV, mientras que el grupo de pacientes con Depresión muestra las peores puntuaciones en todos los aspectos.

COOP / WONCA	DM	HTA	Artropatía	Cardiopatía	Asma EPOC	ACV	Depresión
Forma física	3.5	3.3	3.4	3.5	3.1	3.4	3.3
Sentimientos	2.3	2.4	2.3	2.7	2.5	3.0	2.7
Actividades sociales	2.2	2.0	2.1	2.3	1.9	3.4	2.4
Actividades cotidianas	2.0	2.2	2.3	2.9	2.5	1.5	2.5
Cambio en edo. de salud	2.1	2.2	2.2	2.5	2.5	2.8	2.3
Estado de salud	2.6	2.7	2.5	2.8	2.7	2.4	2.9
Dolor	2.4	2.6	2.7	2.9	2.2	2.5	3
Apoyo social	2.2	2.2	2.3	2.2	2.3	2.2	2.2
Calidad de vida	2.4	2.4	2.3	2.8	2.6	2.8	2.7

p<.001 p<.01 p<.05

Tabla 10

Discusión

En los últimos años, diversos autores han expresado la utilidad de incorporar de forma rutinaria en la práctica diaria la investigación de la CVRS de los pacientes con enfermedades crónicas habiéndose desarrollado diversos cuestionarios para tal fin.^{59,20}

En éste estudio, utilizamos las láminas COOP / WONCA por tratarse de un instrumento genérico que mide diversas áreas, con independencia de las patologías subyacentes, de fácil manejo por su brevedad y comprensibilidad.

Se confirma que las diferentes enfermedades crónicas tienen un impacto distinto sobre la CV del paciente. Un paciente con diagnóstico de depresión tiene una peor percepción de su CV y tiende a incrementarse cuando a este padecimiento se le agregan otras enfermedades crónicas.

El hallazgo de que los pacientes afectados por HTA no muestran alteraciones significativas en su CV fue sorprendente, ya que diferentes estudios han mostrado resultados significativos⁵² Sin embargo, los valores promedios reportados en este grupo de pacientes para cada reactivo evaluado fueron mayores con respecto al grupo control.

Quizá el tamaño del grupo no permitió alcanzar resultados estadísticamente significativos.

Parece ser contradictorio que en el grupo de diabetes mellitus se encontrara solamente afectado el parámetro de actividades sociales. De Graw et al y otros autores han demostrado alteraciones en las actividades físicas y la salud en general. ¹⁴ Éste hallazgo pudiera ser resultado del hecho que los pacientes en el grupo de DM solo padecían esta enfermedad y no padecían otras enfermedades crónicas como la HTA. El valor asignado en el aspecto de calidad de vida es subjetivo y se encuentra ampliamente relacionado a las expectativas de la persona. Las diferencias en la adaptación de las personas hacia su enfermedad y las expectativas de vida entre los pacientes Asiáticos y Norteamericanos, difieren de los esperados para la población mexicana, por lo que esta podría ser una explicación a estos hallazgos.

La promoción de una actitud positiva puede ser tan importante como un buen control glucémico en el cuidado de pacientes diabéticos.

La depresión fue la enfermedad más discapacitante, no sólo a nivel psicológico, sino además en el funcionamiento físico y social. Este hallazgo refuerza la importancia de reconocer y tratar oportunamente esta enfermedad.

La salud física y mental han sido considerados por otros como dos factores independientes de la CVRS, por lo que no se esperaba que las enfermedades psicológicas

afectaran el componente físico en a salud. Este hallazgo en los pacientes mexicanos puede ser debido a la tendencia cultural de somatizar los problemas psicológicos.

Al parecer los pacientes con artropatías perciben su enfermedad como más incapacitante que la HTA, DM y las cardiopatías, aunque estas últimas tres enfermedades son más relevantes para los médicos.

El número de estudios que evalúan a pacientes con HTA, DM y cardiopatías es importante mientras que aquéllos realizados para pacientes con OA parece ser pequeño.³⁹

Parece que existe una discrepancia entre cómo el médico y el paciente definen la importancia de una enfermedad. La Osteoartritis es generalmente ignorada por el médico hasta que se encuentra en estados avanzados. Quizá esto sea debido a que se considera como parte del envejecimiento natural de la persona y además no mata.

En este estudio así como en el de de-Bock et al se demostró que los pacientes con artropatías tienen limitaciones importantes en sus actividades diarias además de una pobre percepción de su salud en general. La investigación en la fisiopatología y la mecánica de la rodilla y las articulaciones, no ha avanzado para mejorar el cuidado de los pacientes con enfermedad de este tipo.

El efecto de la HTA en la CV es variable. En este estudio no se encontraron limitaciones en ninguno de los niveles analizados a diferencia de aquellos reportados por Nelson y Krousel-Wood.^{27,45,46}

El número de pacientes en los grupos de Asma/EPOC y ACV es pequeño y por lo tanto los hallazgos obtenidos deben tomarse con cautela.

Debo además hacer hincapié que el grupo de control en este trabajo, estaba conformado por personas que podían padecer otras enfermedades crónicas diferentes a las estudiadas, lo que pudo afectar las diferencias de CVRS entre los grupos con enfermedades y el grupo control.

Con estas limitaciones, el estudio da información importante sobre la CVRS entre los pacientes de la Clínica Nova de Monterrey, SA de CV y proporciona además una perspectiva diferente de cómo la importancia de una enfermedad puede ser definida.

Conclusiones

Este estudio confirma que las diferentes enfermedades crónicas analizadas tienen un impacto negativo sobre la CV de los pacientes mexicanos. La depresión es la enfermedad más discapacitante y manifiesta peores niveles de CVRS. La presencia de más de una enfermedad crónica impacta negativamente sobre la CVRS que una enfermedad de forma aislada. Las artropatías fueron más incapacitantes que la HTA y la DM desde el punto de vista del paciente.

Esto permite realizar la pregunta de cómo la importancia de una enfermedad deba ser medida y quien debe ser el juez, el médico o el paciente. Necesitamos incluir la CVRS como una medida de progreso, al atender a pacientes con enfermedades crónicas si es que estos servicios de salud son realmente diseñados para dar el mejor tratamiento y mejorar la CV del paciente.

Estudios sucesivos con muestras más representativas son necesarios para percibir como las enfermedades crónicas afectan y las diferencias culturales impactan sobre la CV de los pacientes mexicanos. Quizá podría ser útil el identificar las actitudes de comportamiento positivas y negativas en cada cultura, para poder dar un consejo adecuado a cada paciente.

Bibliografía

1. Anderson RT, Aaronson NK, Wilkin D. 1995. Critical Review of the international assessments of health related quality of life: generic instruments. Quality of life: theory, translations, measurement and analysis. Oxford: Rapid Communications of Oxford ltd.; p. 24-9.
2. Alonso J. Prieto L. Anto JM. Moreno C. 1990. Spanish version of Nottingham Health Profile translation and preliminary validity. Am J Public Health. 80:704-708.
3. Alonso J. 2000. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. Gac Sanit;12:163-7 .
4. Becchi MA, Franzelli A, Moscardelli S, De Pieri P, Zeni L, Pacagnela B. 1994. La diagnosi multidimensionale in medicina generale. Minerva Med:85:521-9.
5. Bech P. 1993. Quality of life measurements in chronic disorders. Psychoter Psychosom: 59: 1-10.
6. Bech P. 1994. The PCASEE model an approach in the subjective well-being. Quality of life assessment international perspectives. Berlin Springer-Verlag .
7. Bergner M. Bobbit RA, Carter WB. Gilson BS. 1981. The Sickness Impact Profile development and final version of health status measure. Med Care 19:787-805.
8. Bobes J. González MP. 1993. Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida. Monografías de Psiquiatría. 5:5-9.
9. Boyle M Torance G. 1984. Developing Multiattribute Health Index. Med Care 22:1045-1067.
10. Bruusgaard D, Nessiory I, Ruttle O, Furuseth K, Nativing B. 1993. Measuring functional status in a population survey. Family Practice;10:212-8.

11. Dieppe P-1999. Osteoarthritis: time to shift the paradigm. *Br Med J* 1999;318:1299-1300.
12. Dolan P. 1998. Valuating health related quality of life. Issues and controversies. *Pharmacoeconomics* 15:119-27.
13. de Bock GH, Kaptein AA, Touw-Otten F, Mulder JD. 1995. Health-related quality of life in patients with osteoarthritis in a family practice setting. *Arthritis Care Res* Jun;8(2):88-93.
14. de Graw WJ, Van de Lisdonk EH, Van Gerwn WH, Van Weel C. 2001. Insulin Therapy in poorly controlled type 2 diabetic patients: does it affect quality of life? *Br J Gen Pract* 51:527-32.
15. de Graw WJ, Van de Lisdonk EH, Van Gerwn WH, Van Weel C. 1999. The impact of type 2 diabetes mellitus on daily functioning. *Fam Pract* 16:133-139.
16. Ferreira PL, Rosete ML 1995. Validation of the pregnancy COOP charts in Portugal. *Qual Life Res*;4:426.
17. García Olmos L, Miranda c, Barrios M, arias P, Orgando B, Villegas MV. Medición de la capacidad funcional con las láminas COOP/WONCA, en una población anciana. *Aten Prim* 13:233-7.
18. Gaynes BN, Burns BJ, Tweed DL, Erickson P. 2002. Depression and health-related quality of life. *J Nerv Ment Dis* Dec;190(12):799-806.
19. Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian L. 1997 Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*.20:567-7

20. Goldstein M, Siegel JM, Boyer R. 1984. Predicting changes in perceived health status . *Am J Public Health*;74:611-614.
21. Harvey I, Nelson SJ, Lyons RA, Unwin C, Monaghan S. 1998. A randomized controlled trial and economic evaluation of counselling in primary care. *Br J Gen Pract* 48:1043-8.
22. Ian Mc Dowell, Claire Newell. *Measuring Health*, 1996. A guide to rating scales and questionnaires. Oxford University Press, 2nd ed. Oxford, New York.
23. Jaffe A, Froom J, Galambos N. 1994. Minor depression and functional impairment . *Arch Fam Med*. 1081-1086.
24. Joyce CRB. 1988. Quality of life the state of the art in the clinical assessment. Walker SR. Rosser RM. *Quality of life assessment and application*. Lancaster MPT Press.
25. Karnofsky DA, Burchenal JH. 1949. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. *Nueva York. Columbia Press*, 191-208.
26. Katz S. Ford AB. Moscovitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. 1963. Studies of illness in the aged the index of AQL. A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 185 914-919.
27. Krousel-Wood MA. Richard N. 1994. Health status assessment in a hypertension section of an internal medical clinic, *Am J Med Sci*. 211-217.
28. Lam CLK, Lauder IJ. 2000. The impact of chronic diseases on the health related quality of life of Chinese patients in primary care. *Family Practice*; 17:159-166.
29. Lam CLK 1995. How does depression present in general practice?. *Hong Kong Med J* 1:225-229.

30. Lam CLK. 1995. Health outcome of stroke patients in Hong Kong. *Huisarts en Wetenschap* 38:129-131.
31. Landgraf JM, Nelson EC and the Dartmouth COOP primary care network. 1992. Summary of the WONCA/COOP International Health Assessment Field Trial. *Australian Family Physician*;21:255-69.
32. Larson R. Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *J Geront* 1978. 31(1):109.
33. Larson CO, Hays RD, Nelson EC. 1992. Do the pictures influence scores on the Dartmouth COOP charts? *Quality of Life Res* 6.:323-8.
34. Levi L. Anderson. *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. Ed. Manual Moderno, México 1980.
35. L.Lizán Tudela. A. Reig Ferrer. 1999. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria* 24:75-82.
36. L.Lizán Tudela. A. Reig Ferrer. 2000. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria*;6:378-384.
37. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A, Richart Martínez M, Cabrero García J. 2000. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas COOP/WONCA. *Med Clin (Barc)*;114(supl 3):76-80.
38. Lizán TuledaL. Reig Ferrer. 1998. Perspectiva del paciente en la evaluación de los resultados en atención primaria: la medida de la calidad de vida relacionada con la

- salud. Cuadernos de Gestión para el profesional de la salud. Cuadernos de Gestión para el personal de Atención Primaria.4:119-31.
39. Memel D. 1996. Chronic disease or physical disability? The role of the general practitioner. *Br j Gen Pract*;78:890-895.
 40. Meyboom-de Jong B, Smith RJA. Studies with the Dartmouth COOP charts in general practice : comparison with the Nottingham health profile and the general questionnaire. Functional status measurements in primary care. New York: Springer-Verlag.1990. p132-49.
 41. Meyboom-de Jong B, Smith RJA. 1992. How do we classify functional status? *Fam Med* 24:128-33.
 42. Mc Horney Ca, Tarlov AR. 1995. Individual –patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? *Quality of Life Res* 4:293-307.
 43. Mc Horney CA. Generic health measurements: past accomplishments and a measurement paradigm for the 21 st century. *Ann Intern Med* 127:743-50.
 44. Michelson H, Bolund C, Brandberg Y 2000. Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Qual Life Res*;9(10):1093-104.
 45. Nelson EC, Landgraf JM, Hays RD. 1998. The functional Status of patients: How can it be measured in physician's offices? *Med Care* 28:1111-1126.
 46. Nelson EC, Landgraf JM, Hays RD, Wasson JH, Kirk JW. 1990. The functional status of patients. How can it be measured in physicians' offices? *Med Care*;28:1111-26.

47. OCDE list of social concerns common to most OCED countries, The OCDE social indicators of development programme. Manponer and social affairs directorate. OCDE paris 1973.
48. Palmore E. Lukart C. 1972. Health and social factors related to life satisfaction. *J Health Soc Behavior*:13:68-80.
49. Patterson WM. Peak expiratory flow rates and functional status assessment in family practice. The Darmouth COOP Functional Health Assesment Charts/WONCA. Lelystad: Meditekst, 1992:p 74.
50. Ruo B, Rumsfeld J. 2003 Depressive symptoms and health related quality of life, *JAMA* Jul,290; 215.222. 2003.
51. Smeele I, Jacobs a, Van Scharyk O et al. 1998. Quality of life in patients with asma and COPD in general practice.
52. Stewart AL, Greenfield S, Hays Rd et al. 1989;Functional Status and well-being of patients with chronic conditions:Results from the Medical Outcomes Study. *J Am Med Assoc* 262:907-913.
53. Testa MA, Simonson DC. 1996. Assesment of quality of life outcomes. *N Eng J Med* 334:835-40.
54. Van Deen Akker M. Buntinix F, Knottnerus JA.1998. Multimorbidity in general practice :prevalence, incidence and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 51:367-375.
55. Van Deen Akker M. Buntinix F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity:what's the name? A review of the literature. *Eur J Gen Pract* 1996;2:65-70.

56. Van Weel C. 1993; Functional status in primary care: COOP/WONCA charts. *Disabil Rehabil* 15:96-101.
57. Wandell PE, Tovi J. 2000. The quality of life of elderly diabetic patients. *J Diabetes Complications* Jan-Feb;14(1):25-30.
58. Wang J, Kang D, Hong Q. 1999. Health-related quality of life in hypertensive patients *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* . Aug; 79(8): 599-602.
59. Ware SE, Brook RH, Davies AR, Lahr KN. 1981. Choosing measures for individuals in genral populations. *Am J Public Health*;71:600-625.
61. World Health Organization. 1994. Divison of Mental Health Quality of life assessment an annotated bibliography compiled by Louisa Hubanks. Geneva World Health Organization.

Anexo A

El impacto de las enfermedades crónicas en la calidad de vida relacionada con la salud

Nº 935

Celia Sandoval/Raúl Salas/Georg Gartz
83993422

1º PARTE

Instrucciones

A continuación encontrará una serie de preguntas indique la respuesta según sea su caso.

Edad:

Sexo:

Alguna vez un médico le ha diagnosticado:

Diabetes

Hipertensión Arterial

Asma

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Enfermedad cardiaca de cualquier tipo

Osteoartritis de rodilla

Enfermedad articular diferente a las rodillas

Accidente Vascular Cerebral

Depresión

2da. PARTE

Instrucciones

A continuación encontrará una serie de dibujos acerca de su estado de salud. Con ellas intentamos conocer mejor como es su salud.

Hay un total de 9 preguntas, cada pregunta tiene 5 posibles respuestas. Lea cada pregunta detenidamente y después rodee con un círculo el número (a la derecha del dibujo) que mejor describa su situación.

Es importante que responda a todas las preguntas

Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas






Muchas gracias por su colaboración

1

FORMA FISICA

Durante las 2 últimas semanas...

¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy Intensa (por ejemplo, correr de prisa)		1
Intensa (por ejemplo, correr 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

2

SENTIMIENTOS

Durante las 2 últimas semanas...


¿En qué medida le han molestado problemas emocionales, tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

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

ACTIVIDADES SOCIALES

3






Durante las 2 últimas semanas...
¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?

No, Nada en absoluto		1
Ligeradamente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

4

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 he podido hacer nada		5

5

CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD






¿Como calificar 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

6

ESTADO DE SALUD






Durante las 2 últimas semanas...
¿Cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy Buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

7

DOLOR

Durante las 2 últimas semanas...
¿Cuánto dolor ha experimentado?






Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor Moderado		4
Dolor Intenso		5

8

APOYO SOCIAL

Durante las 2 últimas semanas...
¿Había alguien dispuesto a ayudarlo si necesitaba y quería ayuda? Por ejemplo si:

- Se encontraba nervioso, solo o triste
- Caía enfermo y tenía que quedarse en la cama
- Necesitaba hablar con alguien
- Necesitaba ayuda con las tareas de la casa
- Necesitaba ayuda para cuidar de sí mismo

Si, todo mundo estaba dispuesto a ayudarme		1
Si, bastante gente		2
Si, algunas personas		3
Si, alguien había		4
Nada en absoluto		5

9

CALIDAD DE VIDA

¿Que tal le han ido las cosas durante las dos últimas semanas?

Estupendamente, no podían ir mejor	1
Bastante bien	2
A veces bien, a veces mal. Bien y Mal a partes iguales	3
Bastante mal	4
Muy mal: no podía haber ido peor	5

