

Calidad de vida y riesgo cardiovascular

Sr. Director: En los últimos 20 años el interés por los modelos conductuales y la calidad de vida ha tenido una gran repercusión en el ámbito de la salud cardiovascular. El concepto de un estilo de vida saludable ha crecido en importancia, relacionando, cada vez más, calidad de vida y estado de salud. Cuando hablamos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) nos referimos a la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para tener un nivel de funcionamiento que le permita seguir aquellas actividades que le son importantes y afectan a su bienestar. La calidad de vida incorpora tres aspectos fundamentales: el funcionamiento físico, psicológico y social, que pueden verse afectados por la misma enfermedad o por el tratamiento que ésta conlleva¹. El objetivo de este estudio es analizar si existe una relación entre la calidad de vida y el riesgo cardiovascular.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal de prevalencia, realizado en un municipio mediterráneo semirural del sureste de España cuya población es de 15.472 habitantes. El estudio fue realizado entre septiembre de 2005 y septiembre de 2006. Se seleccionó a un total de 336 individuos (186 varones y 150 mujeres), con edades comprendidas entre los 40 y los 65 años (ambos inclusive). Se registraron datos sociodemográficos mediante un cuaderno de recogida de datos y se aplicó el test SF-36^{2,3} para medir la calidad de vida. En 8 escalas dicho test valora: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y evolución de salud general. El RCV se calculó mediante las tablas SCORE y las tablas de la ESH. En este estudio las variables dependientes con las que se ha medido el riesgo cardiovascular han estado basadas en las tablas SCORE⁴ y en las tablas de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH)⁵.

En el análisis de resultados de las diferentes subescalas que conforman el test de calidad

de vida SF-36 con el riesgo medido a través de ESH (tabla 1), se observa que existe, en general, una tendencia a que presenten la menor puntuación media de las subescalas los grupos de sujetos clasificados como de riesgo elevado, excepto en la subescala SF7, que mide el rol emocional. Si analizamos cada una de las subescalas del SF36, sólo en una de ellas se evidencia asociación estadística, la subescala SF1, que mide la función física, con una puntuación media de $71,97 \pm 28,20$ en los sujetos con riesgo elevado, significativamente inferior que la puntuación obtenida por el grupo de bajo riesgo, $80,55 \pm 23,70$ puntos de media ($p = 0,020$).

En el análisis de resultados del test de calidad de vida SF-36 comparado con el riesgo medido a través de SCORE, se observa que en la subescala SF1, «función física», presentan unos valores significativamente mayores los sujetos de riesgo bajo con $79,22 \pm 24,18$ puntos, frente a los $67,97 \pm 28,12$

puntos del grupo riesgo alto ($p = 0,009$). La subescala SF9, «evolución de la salud», muestra unos valores significativamente menores en los sujetos de riesgo bajo, con $3,18 \pm 0,72$ puntos, frente a los $3,43 \pm 0,64$ puntos del grupo de riesgo alto ($p = 0,032$). En el resto de subescalas no se observan diferencias significativas.

Hasta hace relativamente poco tiempo, se hablaba de alteración del estilo de vida habitual (baja calidad de vida) y se pensaba siempre en personas de edades superiores a 60-65 años, para las que no dejaba de ser algo «normal». Actualmente, con la importancia que han adquirido las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) se intenta que todas las medidas que se adopten sirvan para evitar, desde edades muy tempranas, esta alteración de la calidad de vida a nivel físico, psicológico y social⁶. En esta investigación se aportan evidencias a favor del deterioro de la calidad de vida que supone poseer un

TABLA 1

	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo elevado	p
SF1-Función física				
Media \pm DE	80,55 \pm 23,70	74,60 \pm 23,81	71,97 \pm 28,20	0,02
Rango promedio	179,02	149,59	147,76	
SF2-Rol físico				
Media \pm DE	79,39 \pm 39,58	77,50 \pm 41,11	74,62 \pm 43,07	0,677
Rango promedio	170,67	167,76	161,83	
SF3-Dolor corporal				
Media \pm DE	57,15 \pm 28,76	58,42 \pm 27,16	58,63 \pm 30,49	0,907
Rango promedio	170,67	171,27	172	
SF4-Salud general				
Media \pm DE	55,64 \pm 17,80	55,30 \pm 20,07	52,83 \pm 16,31	0,498
Rango promedio	171,27	172,93	155,92	
SF5-Vitalidad				
Media \pm DE	52,64 \pm 16,38	52,10 \pm 14,60	49,62 \pm 19,46	0,577
Rango promedio	172,2	165,65	158,31	
SF6-Función social				
Media \pm DE	83,25 \pm 27,38	88,01 \pm 25,50	80,70 \pm 29,31	0,219
Rango promedio	168,72	183,05	156,76	
SF7-Rol emocional				
Media \pm DE	59,75 \pm 48,57	64,00 \pm 48,48	66,15 \pm 46,23	0,556
Rango promedio	165	173,22	176,58	
SF8-Salud mental				
Media \pm DE	55,30 \pm 16,01	57,44 \pm 14,47	53,15 \pm 19,30	0,446
Rango promedio	168,78	181,09	158,05	
SF9-Evolución de la salud				
Media \pm DE	3,15 \pm 0,709	3,32 \pm 0,713	3,33 \pm 0,751	0,183
Rango promedio	162,21	178,95	181,54	

Media \pm DE: media y desviación estándar.

Palabras clave: Riesgo cardiovascular. Calidad de vida. Factor protector.

mayor riesgo cardiovascular. En conclusión, una mejor calidad de vida se asocia con un menor RCV, sobre todo en lo que se refiere a la función física.

**María José Alonso Sáenz de Miera,
Serafín Balanza Galindo,
Mariano Leal Hernández y
José Abellán Alemán**

Cátedra de Riesgo Cardiovascular.
Universidad Católica de Murcia.
Murcia. España.

1. Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med Clin (Barc)*. 1998;110:550-6.
 2. Puntuación del Cuestionario de Salud SF-36. Versión española (España). Medical Outcomes Trust. Julio 1996.
 3. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)*. 1998;410-6.
 4. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J*. 2003;24:987-1003.
 5. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Executive summary. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2003;24:1601-10.
 6. Roca-Cusachs A, Dalfo A, Badia X, Aristeigui I, Roset M. Relation between clinical a therapeutic variables and quality of life in hypertension. *J Hypertens*. 2001;19:1913-9.
-