

Validez del cuestionario de calidad de vida SF-36 como indicador de resultados de procedimientos médicos y quirúrgicos

Ibone Ruiz de Velasco^a, José M. Quintana^a, Jesús A. Padierna^b, Inmaculada Aróstegui^c, Antonio Bernal^d, Julio Pérez-Izquierdo^e, Jesús M. Ojanguren^f, Cecilia Anitua^g, Nerea González^h, Yarima Etxeberria^a

^aUnidad de Investigación. Hospital de Galdakao. Vizcaya. ^bServicio de Psiquiatría. Hospital de Galdakao. Vizcaya.

^cDepartamento de Matemática Aplicada. Estadística e Investigación Operativa-Universidad del País Vasco-Leioa. Vizcaya.

^dServicio de Digestivo. Hospital de Galdakao. Vizcaya. ^eServicio de Neumología. Hospital de Galdakao. Vizcaya. ^fServicio de Hematología. Hospital de Galdakao. Vizcaya. ^gDepartamento de Sanidad. Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.

Correspondencia

Dr. José M. Quintana López.

Unidad de Investigación. Hospital de Galdakao.

Barrio Labeaga, s/n. 48960 Galdakao.

Correo electrónico: jmquintana@osakidetza.net

Resumen

Objetivo: Estudiar la utilidad clínica del cuestionario genérico de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) SF-36 en los servicios de asistencia sanitaria.

Método: Se llevó a cabo un estudio descriptivo con 691 pacientes con distintos diagnósticos médicos reclutados en el ámbito de consultas externas de un hospital general. Los grupos diagnósticos fueron cáncer de pulmón (CP) y hematológico (CH), osteoartritis de cadera (OAC), trastornos de la alimentación (TA) y enfermedad inflamatoria intestinal crónica (EIIC). Los pacientes incluidos en el estudio cumplimentaron el SF-36, un instrumento genérico de CVRS. Con los pacientes con OAC que iban a ser operados de prótesis de cadera (PC) fue realizado un estudio de seguimiento antes y después de la intervención.

Resultados: Los pacientes con TA presentaban puntuaciones bajas en las áreas mentales, funcionamiento social y rol físico. Aquellos con CP contaban con valores bajos en todas las áreas del SF-36, que eran menores en las físicas y ligeramente más bajas que en los pacientes con CH. Los pacientes con OAC presentaban un impacto importante en las áreas físicas, principalmente en el área de dolor corporal; las mejoras tras la intervención eran mayores en las áreas físicas. Aquellos pacientes con EIIC, evidenciaban afección principal en el área de salud general.

Conclusiones: El SF-36 es capaz de discriminar entre distintas enfermedades. Estos resultados apoyan su validez discriminante como un indicador para la evaluación de resultados de procedimientos médicos entre centros y entre grupos de pacientes.

Palabras clave: SF-36. Calidad de vida relacionada con la salud. Medición de resultados.

Introducción

La importancia de la medición de resultados en los estados de salud de pacientes recientemente ha sido reconocida como de vital importancia para evaluar la calidad asistencial y valorar el coste-efectividad de los servicios de cuidados sanitarios¹.

Summary

Objective: To study the usefulness of a generic health-related quality of life (HRQoL) instrument, the SF-36.

Method: A descriptive study was performed in 691 patients with different clinical problems recruited from the outpatient departments of a general hospital. The diagnostic groups selected were lung and hematological cancer, hip osteoarthritis, eating disorders and chronic inflammatory bowel disease (CIBD). Recruited patients were asked to complete the SF-36, a generic HRQoL questionnaire. A follow-up study was performed in patients with hip osteoarthritis before and after total joint hip replacement.

Results: Patients with eating disorders scored lower in the mental domains, social functioning and physical role. Patients with lung cancer had low values in all HRQoL domains. Their scores were lower in the physical areas, and slightly lower than those in patients with hematological cancer. Patients with hip osteoarthritis showed significant effects in the physical areas, mainly in the bodily pain domain. Improvement after surgery was greater in the physical domains. In patients with CIBD mainly the general health domain was affected.

Conclusions: The SF-36 was able to discriminate among different clinical problems. These results support its discriminative validity as an indicator for the evaluation of the outcomes of medical procedures among centers and patient groups.

Key words: SF-36. Health Related Quality of Life. Outcome measurement.

Para la evaluación de cuidados sanitarios es de gran relevancia la evaluación de las actividades o de las intervenciones de los servicios hospitalarios y uno de los criterios recomendados con este propósito es la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) percibida por los pacientes. Durante los últimos años, los profesionales han ido desarrollando distintos cuestionarios con el fin de medir la CVRS².

En la medida en que el instrumento incluya la totalidad de dimensiones que componen la CVRS, se tratará de un instrumento genérico, mientras que si se centra en un concepto particular, el dolor por ejemplo, el instrumento será específico. Los genéricos dan una visión general de la calidad de vida percibida por el paciente con cualquier enfermedad y pueden aplicarse a una amplia variedad de poblaciones; los específicos, en cambio, tienen en cuenta los síntomas asociados con un problema de salud específico y su relevancia en la percepción del bienestar personal. A pesar de que los cuestionarios específicos aportan mayor información sobre la enfermedad y la afección concreta en un grupo de pacientes determinado, los instrumentos genéricos que pueden aplicarse en la población general son, en muchos estudios, más apropiados², debido a que son aplicables a una amplia variedad de poblaciones y permite por ello la comparación del impacto relativo de distintos programas sanitarios, de intervenciones médicas o quirúrgicas y valorar diferencias entre enfermedades o valores de gravedad. El cuestionario de salud general SF-36 es un instrumento genérico desarrollado para evaluar estados de salud por el Medical Outcomes Study (MOS) como una medida multidimensional³; es capaz de discriminar entre la población general y pacientes con un problema de salud y detecta diferencias entre distintos problemas médicos^{4,5}. Este cuestionario ha sido validado y adaptado para su uso en distintos países europeos. La versión española del SF-36⁶ se ha utilizado con pacientes con distintos problemas clínicos con el fin de probar su capacidad de detectar alteración en la CVRS en aspectos específicos y compararlos con los valores poblacionales^{7,8}.

En este estudio se aportan datos del SF-36 con el fin de demostrar que es un instrumento de medida útil para discriminar entre diagnósticos y que su uso puede ser de gran relevancia para la evaluación de intervenciones médicas dentro de los programas de evaluación de la asistencia sanitaria. Para cada problema clínico se definió una hipótesis sobre la afección en cada área del SF-36: los pacientes con cáncer de pulmón (CP) y cáncer hematológico (CH) tendrían afectadas todas las áreas; para aquellos con osteoartritis de cadera (OAC) estarían más afectadas las áreas físicas del cuestionario, mientras que los pacientes con un trastorno de la alimentación (TA) se verían más afectados en las áreas mentales; los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal crónica (EIIC), puesto que se trata de pacientes en situación estable o en tratamiento, tendrían unas puntuaciones similares a las de la población general.

Material y método

Pacientes

La población del estudio se componía de adultos que eran atendidos en las consultas externas del Hospital de Galdakao, hospital comarcal de 385 camas, de referencia para la comarca interior de la provincia de Vizcaya y que cubre las necesidades sanitarias de 350.000 habitantes de zona semiurbana.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron ser paciente del hospital, mayor de 16 años y capaz de completar

el cuestionario. Los pacientes que presentaban limitaciones en la comprensión o uso de la lengua española o que estuvieran impedidos psíquica o físicamente para cumplimentar el cuestionario fueron excluidos del estudio. En el estudio fueron incluidos los siguientes grupos de pacientes: 92 pacientes con un diagnóstico definitivo de CP, 69 con diagnóstico de CH, 119 con un diagnóstico clínico y radiológico de OAC y que fueran a ser intervenidos de prótesis de cadera (PC), 180 con TA, definidos por el *Manual Diagnóstico y Estadístico para las Enfermedades Mentales* de la Sociedad de Psiquiatría Americana (DSM-IV)⁹ (anorexia nerviosa y bulimia) y pacientes con un diagnóstico definitivo de EIIC, que incluía a 116 pacientes con enfermedad de Crohn definida por el *Crohn's Disease Activity Index* (CDAI) y 115 con colitis ulcerosa (CU), siguiendo los criterios de Truelove y Witts junto con resultados de endoscopia. Para llevar a cabo este estudio recogimos los datos de diversos estudios realizados en este hospital y para los que se utilizó el SF-36 como medida de resultados. El cuestionario fue entregado durante un período de 12 meses, que transcurría durante 1999 y 2000, de forma consecutiva a todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y los criterios diagnósticos que se especifican en cada caso. Todos los pacientes dieron su consentimiento informado para participar en este estudio.

Instrumento

El instrumento utilizado en este estudio descriptivo fue el SF-36, un cuestionario de 36 ítems que mide ocho áreas del estado de salud general: función física, rol físico, dolor corporal, percepción de la salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Para cada parámetro se extrajeron las puntuaciones, se codificaron, se sumaron y se transformaron en una escala continua de 0 a 100; una mayor puntuación indicaba un mejor estado de salud¹⁰. Las ocho áreas del instrumento se combinaron para crear dos índices sumario: el de salud física y mental¹¹.

El SF-36 fue desarrollado a partir de un instrumento más extenso diseñado para el *Medical Outcome Trust Study* (MOS-149) y fue creado de modo que conservara las ventajas del instrumento de origen³. Es un cuestionario comprensible y breve, con unas características de medida apropiadas y de fácil aplicación, por lo que su uso está recomendado con población general. Fue validado y sus características psicométricas fueron profundamente estudiadas¹⁰, lo que permitió realizar comparaciones entre diferentes grupos diagnósticos y discriminar según la sintomatología, gravedad y efectos secundarios de los tratamientos. El instrumento fue traducido y validado en España en la versión castellana por Alonso et al^{6,12}.

Recogida de datos

Todos los pacientes cumplimentaron el SF-36 en el momento de la consulta en el propio hospital, bien en el momento del diagnóstico (LC, HC), en el momento de indicación de la intervención (PC para los pacientes con OAC) o en con-

sultas de revisión (TA, EIIC) en el ámbito de las consultas externas del Hospital de Galdakao.

En el grupo de OAC, el SF-36 fue enviado a los pacientes 3 meses tras la intervención de PC, con el fin de que se respetara el tiempo de seguimiento y de que los pacientes no tuvieran que desplazarse hasta el hospital de nuevo para cumplimentar exclusivamente el cuestionario. Los datos poblacionales del País Vasco fueron recogidos de la encuesta de salud realizada en 1997 ($n = 3.951$)⁸.

Análisis estadístico

Con el fin de realizar el análisis descriptivo, se calcularon las frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra y del cuestionario SF-36.

Se calcularon los datos de las ocho áreas del SF-36 para cada grupo diagnóstico y se compararon para cada problema clínico con la población general. Presentamos los datos crudos para cada área del SF-36 y los valores normativos ajustados por edad y sexo. Para obtener esto último, se estandarizó primero cada puntuación, utilizando la media y la desviación estándar obtenidas de la población general del País Vasco, y luego se transformaron a puntuaciones normalizadas (media, 50; desviación estándar [DE], 10) como se ha realizado en estudios previos^{9,11}.

Se llevó a cabo un análisis de la variancia para comparar las puntuaciones del SF-36 entre los distintos grupos diagnósticos y con la población general. Un resultado era considerado estadísticamente significativo cuando $p < 0,05$. Los datos se recogieron mediante la versión 6.02 de Epi-Info y el análisis estadístico se llevó a cabo por el paquete estadístico de SAS versión 6.12, y fue utilizada la versión 97 para Windows de Excel para la representación gráfica.

Resultados

El cuestionario cumplimentado fue devuelto por 691 pacientes. En el grupo de cáncer se trataba de 92 pacientes con un diagnóstico de CP y una media de edad de 65,6 años (el 96% varones) y 69 pacientes (el 60% varones) con un diagnóstico de CH y una edad media de 59,9 años. En el caso de los pacientes con CH, la tasa de respuesta fue del 100%, pero en el grupo de CP de 117 pacientes a los que se les entregó el cuestionario respondieron a ella 92 (un 78,6% de los pacientes). En el grupo de enfermedades no cancerígenas, incluimos a 180 pacientes con una edad media de 23 años (el 2% varones) con un diagnóstico DSM-IV de TA, 231 pacientes con una edad media de 39 años (el 52% varones) con EIIC, incluyendo los diagnósticos de enfermedad de Crohn (EC) y CU y 119 pacientes (el 54% varones) que tenían OAC, iban a ser intervenidos de PC y contaban con una edad media de 66,4 años. La tasa de respuesta en estos grupos de pacientes fue del 98,3% en el caso de TA, y del 85% en pacientes con EIIC. En el caso de los pacientes que iban a ser intervenidos de PC fue del 80,6%, pues respondieron a ella 119 pacientes de 148 a los que se les entregó el cuestionario.

En la tabla 1 se presentan los datos de CVRS medidos por el SF-36 en los distintos grupos de pacientes. Los pacientes con cáncer (CP y CH) tenían afectadas todas las áreas de CVRS medidas por el SF-36. Cuando comparamos estos dos grupos, el grupo de CP presentaba puntuaciones más bajas en todas las áreas, y el área de salud general era la única que presentaba diferencias significativas ($p < 0,05$). Las áreas físicas de los pacientes con OAC están fuertemente afectadas, principalmente en el rol físico, función física y dolor corporal. El grupo de TA presentaba un mayor impacto de la enfermedad en su CVRS en las áreas mentales, y quedaban más afectadas las de rol emocional, función social y salud mental. Los resultados del grupo de EIIC, cuyos grupos diagnósticos eran EC y CU, se presentan de forma separada por diagnóstico. Al comparar estos dos grupos se observa que el grupo de EC presenta puntuaciones algo más bajas que el grupo de CU en prácticamente todas las áreas, pero sólo en el área de salud general se daban diferencias significativamente más bajas desde el punto de vista estadístico ($p < 0,01$).

Los valores estandarizados de las ocho áreas del SF-36 se presentan en la tabla 2. En el área de salud general, todos los grupos presentaban puntuaciones por debajo de los datos poblacionales (50), pero se mantenía una puntuación similar entre las distintas afecciones. En otras áreas físicas (función física, rol físico y dolor corporal) las puntuaciones más bajas se presentaban en el grupo de OAC, seguidas del grupo de CP y de CH. Los pacientes con TA tenían puntuaciones relevantemente inferiores a la población en función social, rol emocional y salud mental. En el área de función social, el grupo de OAC presentó puntuaciones similares a las del grupo de TA. Los índices sumario mental y físico del SF-36 comparados con los valores de la población general (media: 50) se presentan también en la tabla 2. En relación con las áreas físicas, todos los grupos de pacientes se encuentran por debajo de la media poblacional, excepto los de TA y EIIC.

Los pacientes con OAC tenían las puntuaciones más bajas, seguidos por los pacientes con CP, quienes tenían puntuaciones generales ligeramente más bajas que los de CH. El grupo de pacientes con TA fue el grupo que presentaba mayor afectación en la CVRS en el índice sumario mental, con unas puntuaciones más bajas que la población general. El grupo con OAC cumplimentó de nuevo el cuestionario SF-36 tras la operación de PC y los resultados longitudinales estandarizados del SF-36 obtenidos se exponen en la tabla 3. Las puntuaciones del SF-36 mejoran tras la intervención en todas las áreas físicas y mentales. Las mayores ganancias en CVRS se centraron en las áreas de función física, dolor corporal, vitalidad y función social.

Discusión

Lo más relevante de este estudio es observar cómo el instrumento genérico SF-36 es un cuestionario que discrimina entre las distintas enfermedades antes y después de una intervención quirúrgica, como la intervención de PC. El cuestionario SF-36 se ha utilizado para medir CVRS en distintas enfermedades¹³ como un indicador de mejora tras interven-

Tabla 1. Resultados del SF-36 en distintos problemas clínicos y datos de la población general

Áreas del SF-36 ^a	Cáncer de pulmón (n = 92)	Cáncer hematológico (n = 69)	Osteoartritis de cadera (n = 119)	Trastornos alimentarios (n = 180)	Enfermedad de Crohn (n = 116)	Colitis ulcerosa (n = 115)	Población general ^b (n = 3.951)
Función física	55,9 (27,7)	63,0 (30,9)	24,4 (20,8)	50,3 (7,11)	85,2 (16,7) ^c	87,3 (18,2) ^c	88,1 (20,4)
Rol físico	34,8 (42,2)	43,7 (44,9)	19,0 (32,8)	39,6 (13,9)	61,9 (42,8)	71,3 (41,0)	87,3 (30,1)
Dolor corporal	58,0 (31,7)	54,0 (30,8)	28,0 (22,1)	44,9 (10,9)	66,4 (26,6)	70,4 (28,5)	79,4 (24,9)
Salud general	44,6 (19,5)	52,8 (23,8)	52,1 (23,1)	40,9 (10,8)	41,6 (21,0)	56,6 (21,2)	67,1 (19,5)
Vitalidad	47,2 (23,9)	52,4 (30,6)	41,6 (23,3)	40,5 (11,6)	57,4 (24,4)	59,5 (25,1)	65,0 (19,2)
Función social	70,9 (30,6)	71,1 (30,6)	54,9 (28,3)	31,9 (15,9)	76,7 (26,4)	79,9 (25,8)	89,7 (18,7)
Rol emocional	66,7 (41,3)	53,8 (41,4)	70,6 (42,3)	30,9 (18,1)	75,9 (40,7)	83,5 (34,6)	92,2 (23,9)
Salud mental	58,3 (23,5)	64,7 (27,7)	61,9 (22,4)	35,1 (13,1)	69,4 (19,7)	66,9 (22,0)	71,6 (17,7)

^aMedia y desviación estándar (entre paréntesis) para cada área y problema clínico.

^bValores de la población general se tomaron de la Encuesta Vasca de Salud General, 1997.

^cTodos los valores eran diferentes de los de la población general, excepto donde se indica.

ción clínica¹⁴, proporcionando información de la percepción de CVRS en población con diversos problemas clínicos.

Los datos presentados en este estudio pueden ser utilizados de varios modos, comparando personas con distintas afecciones y aportando una línea base de la CVRS actual. Permite la comparación de perfiles de grupos de pacientes con población general y determina el impacto relativo en la CVRS de los pacientes diversamente diagnosticados.

La combinación de datos de las distintas enfermedades permite el uso de este instrumento genérico para comparar la puntuación en la CVRS entre dichas enfermedades. Finalmente, los índices sumario, físico y mental, aportan un modo fácil y sencillo de interpretar la información. En todos los casos, los valores de la población general en nuestra área pueden ser usados como estándar para la comparación y facilitan la interpretación de los resultados. En resumen, podemos ob-

servar los datos desde distintos ángulos, todos ellos altamente informativos desde la perspectiva de evaluación general. Otros estudios comparan el SF-36 entre distintas enfermedades, como lo hacemos en nuestro estudio. La mayoría de éstos comparan sus resultados con otra enfermedad o síndrome¹⁵. Entre ellos, Lyons et al¹⁶ contrastan el estado de salud de pacientes con 11 enfermedades diferentes y EA. Schlenk et al¹⁷ hacen lo mismo con seis grupos de enfermedades crónicas. Ambos estudios presentan muestras pequeñas en todos los grupos de enfermedades incluidas. En nuestro estudio comparamos estos datos con los de la población general y los contrastamos entre grupos diagnósticos con datos de la población general. Por último, se presenta la tabla con los índices sumarios. Nada de esto se realizó en los estudios mencionados anteriormente y sólo se presentaron datos crudos del SF-36 en el segundo estudio citado.

Tabla 2. Valores estandarizados del SF-36 para distintas afecciones clínicas

	Cáncer de pulmón	Cáncer hematológico	Osteoartritis de cadera	Trastornos alimentarios	EIIC
Función física	34,2	37,7	18,8	50,3	49,1
Rol físico	32,6	35,5	27,4	39,7	43,1
Dolor corporal	41,4	39,8	29,4	44,9	45,6
Salud general	38,5	42,6	42,3	41,0	40,8
Vitalidad	40,7	43,4	37,8	40,5	46,6
Función social	39,9	40,0	31,4	31,9	43,9
Rol emocional	39,3	34,0	41,0	31,0	44,8
Salud mental	42,5	46,1	44,5	35,1	48,0
Índice sumario físico	34,4	37,9	20,5	48,8	44,7
Índice sumario mental	43,0	41,8	47,7	29,0	45,7

EIIC: enfermedad inflamatoria intestinal crónica.

Los valores en 50 puntos reflejan el valor medio de la población general para este área.

Tabla 3. Valores estandarizados del SF-36 antes y después de la intervención de prótesis de cadera

	Preintervención	Postintervención	Valor de p
Función física	18,8	31,8	< 0,001
Rol físico	27,4	33,6	< 0,001
Dolor corporal	29,4	40,8	< 0,001
Salud general	42,3	47,8	< 0,001
Vitalidad	37,8	46,5	0,08
Función social	31,4	42	< 0,001
Rol emocional	41	45,8	< 0,001
Salud mental	44,5	51,9	< 0,001

Valores en 50 puntos reflejan el valor medio de la población general para este área.

p < 0,05 en la prueba de la t de Student pareada.

El SF-36 ha sido capaz de discriminar entre las distintas áreas en los grupos diagnósticos. Algunas estaban gravemente afectadas, y evidenciaban el impacto específico en cada área de la CVRS para cada grupo diagnóstico. Las hipótesis del estudio para cada problema clínico fueron confirmadas, tal como indican los resultados. Éstos apoyan la validez discriminante de la versión española del SF-36 y su uso para la comparación de resultados en problemas clínicos antes y después de una intervención médica¹⁸⁻²⁰.

La repercusión de estas intervenciones médicas, así como las de enfermedades crónicas recurrentes, no puede ser evaluada de forma adecuada con los indicadores tradicionales de morbilidad y mortalidad. Por ello es necesario el uso de otros parámetros de evaluación, entre los que se encuentra la percepción del paciente del su CVRS. Esta necesidad ha sido percibida desde hace años, pero sólo recientemente se asocia a parámetros de calidad.

Hoy día existe una tendencia a buscar la calidad y los criterios de excelencia en los ámbitos de cuidados sanitarios con el fin de incrementar la percepción de calidad y reducir costes y reingresos. La calidad de la asistencia sanitaria es medida no sólo por medio de los resultados clínicos de los pacientes, sino también por su estado de salud funcional, los beneficios percibidos en salud general y la satisfacción con la atención recibida^{1,21}.

Otros estudios encontraron que mayores grados de CVRS provocaban menos reingresos hospitalarios y disminuían los costes de servicios sanitarios²². Como demuestra el estudio de Hall et al²³, la variable de salud más predecible de la satisfacción del paciente con los servicios sanitarios es la percepción general de su estado de salud.

Un modo de evaluar los procedimientos en general es la comparación de resultados entre los centros y los distintos grupos de pacientes, así como de los procedimientos llevados a cabo en el centro²⁴. Debido a que finalmente el árbitro de la ganancia en el estado de salud es el paciente, el mejor modo de evaluarlo es el uso de un método válido que permita la evaluación de la CVRS del mismo²⁵.

El SF-36, como instrumento genérico de CVRS, puede aportar información a clínicos, pacientes y profesionales de la calidad asistencial²⁶. En este estudio no hemos utilizado el SF-36 en un programa de mejora o valoración de la calidad, pero consideramos que dado que permite distintos modos de aplicación como el correo, teléfono, etc.^{27,28} puede ser fácilmente introducido en la actividad cotidiana de ciertos profesionales de la salud como una medida de resultados en estudios de evaluación de diversas intervenciones. Este estudio ha de observarse también bajo la sombra de las limitaciones que presenta.

Debido a la naturaleza descriptiva del diseño, excepto para pacientes con OAC, no presentamos información en la ganancia de la CVRS en los otros grupos de pacientes, como se ha hecho en estudios en los que se ha utilizado el mismo instrumento²⁹⁻³¹. Por este motivo, consideramos que el potencial global del cuestionario de CVRS no ha sido totalmente explorado.

Al ser utilizado en estudios longitudinales, es necesario conocer de antemano el cronograma apropiado de aplicación del cuestionario, puesto que sería recomendable que el instrumento fuese adecuadamente sensible a la mejora del estado de salud de los pacientes tras la intervención en estudio³²⁻³⁴.

Las mayores ventajas de este instrumento estriban en que permite manejar una gran variedad de áreas y aporta la posibilidad de ser utilizado en múltiples poblaciones, con independencia de las condiciones subyacentes. Debido a que es un instrumento genérico, resulta apto para ser aplicado en distintos tipos de poblaciones y permite amplias comparaciones del impacto relativo de intervenciones médicas o de cambios realizados en programas de cuidados sanitarios^{2,26,35}. Como desventajas, provee información general sobre la percepción de la CVRS del paciente, no valora ni evalúa los síntomas asociados a la enfermedad y órgano, y permanece insensible a los cambios en condiciones específicas, como se esperaría de un instrumento más específico.

Esta insensibilidad es generada por el denominado efecto techo, según el cual los pacientes con mejores puntuaciones o puntuaciones máximas cuentan, a pesar de todo, con unas diferencias en la afección en la CVRS entre ellos que no puede ser captada por un instrumento genérico. Asimismo, existe el efecto suelo, en que los pacientes con peores puntuaciones pueden deteriorarse más y esto no ser detectado por el instrumento^{12,36}. La interpretación de los resultados desde el punto de vista médico es un problema con los cuestionarios de CVRS, y así ocurre también en nuestro caso, puesto que podemos comparar los resultados en cada afección con los de la población general, lo que otorga cierta capacidad de interpretación. A pesar de todas estas limitaciones, creemos que el cuestionario de salud SF-36 puede actuar como un instrumento informativo, que discrimina entre distintas enfermedades y, desde un punto de vista longitudinal, entre las distintas fases de un proceso clínico evaluando la ganancia en CVRS tras una intervención médica. Con el acercamiento biopsicosocial al cuidado médico, el SF-36 aporta información sobre el estado físico, social y psicológico del paciente y sobre el impacto del tratamiento recibido en su percepción de salud. Algunos de los aspectos principales que

se deben tener en cuenta a la hora de optar por un indicador del estado de salud son la calidad y cantidad de información que aporta y las dificultades que puede conllevar el proceso de recogida de datos. Como hemos demostrado, el SF-36 aporta información relevante tanto para el clínico como para el proveedor de servicios sanitarios, así como para el paciente. El SF-36 puede ser administrado de formas diversas y es fácilmente cumplimentado y analizado, pero aún así requiere ciertos recursos para poder realizar la recogida de los datos.

Como recomendación principal, sugerimos que el SF-36, como medida de CVRS, es un instrumento que puede ser utilizado en la evaluación de distintos tratamientos, dado que aporta datos válidos de los pacientes que no podrían ser obtenidos de otra manera por medio de las actuales medidas utilizadas en la evaluación de la calidad asistencial en nuestros días.

Bibliografía

- Larson CO, Nelson EC, Gustafson D, Batalden PB. The relationship between meeting patients' information needs and their satisfaction with hospital care and general health status outcomes. *Int J for Qual Health Care* 1996;8:447-56.
- Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993;118:622-9.
- Ware JE, Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
- Dellasega C, Orwig D, Ahern F, Lenz E. Postdischarge medication use of elderly cardiac patients from urban and rural locations. *Journals of Gerontology* 1999. Series A. *Biol Sci Med Sci* 1999;54:M514-20.
- Essink-Bot ML, De Koning HJ, Nijs HG, Kirkels WJ, Van der Maas PJ, Schroder FH. Short-term effects of population-based screening for prostate cancer on health-related quality of life. *J Nat Cancer Inst* 1998;90:925-31.
- Alonso J, Prieto L, Anto 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.
- Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998;111:410-6.
- Anitua C, Quintana JM. Valores poblacionales del índice de salud SF-36 en el País Vasco: importancia y aplicación en la práctica clínica. *Osasunkaria* 1999;17:10-7.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Ware JE Jr, Snows KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
- Ware JE, Jr., Kosinski M, Keller SD. SF-36 physical and mental health summary scales. A user's manual. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1994.
- Alonso J, Prieto L, Ferrer M, Vilagut G, Broquetas JM, Roca J, et al. Testing the measurement properties of the Spanish version of the SF-36 Health Survey among male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Quality of Life in COPD Study Group. J Clin Epidemiol* 1998;51:1087-94.
- Anderson JP, Kaplan RM, Coons SJ, Schneiderman LJ. Comparison of the Quality of Well-being Scale and the SF-36 results among two samples of ill adults: AIDS and other illnesses. *J Clin Epidemiol* 1998;51:755-62.
- Glassman SD, Dimar JR, Johnson JR, Minkow R. Preoperative SF-36 responses as a predictor of reoperation following lumbar fusion. *Orthopedics* 1998;21:1201-3.
- McColl E, Steen IN, Meadows KA, Hutchinson A, Eccles MP, Hewison J, et al. Developing outcome measures for ambulatory care-an application to asthma and diabetes. *Soc Sci Med* 1995;41:1339-48.
- Lyons RA, Lo SV, Littlepage BN. Comparative health status of patients with 11 common illnesses in Wales. *J Epidemiol Commun Health* 1994;48:388-90.
- Schlenk EA, Erlen JA, Dunbar-Jacob J, McDowell J, Engberg S, Sereika SM et al. Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Qual Life Res* 1998;7:57-65.
- Carod-Artal FJ, Egido-Navarro JA, González-Gutiérrez JL, Varela DSE. Percepción de la sobrecarga a largo plazo en cuidadores de supervivientes de un ictus. *Rev Neurol* 1999;28:1130-8.
- Láinez Andrés JM. Migraña y calidad de vida. *Neurología* 1998;13(Supl 2):1-8.
- Permanyer MG, Brotons CC, Ribera SA, Cascant CP, Moral PI, Pons JM, et al. Desigual perfil clínico, calidad de vida y mortalidad hospitalaria en pacientes operados de injerto aortocoronario en centros públicos y privados de Cataluña. *El estudio CIRCORCA. Rev Esp Cardiol* 1998;51:806-15.
- Mira JJ, Rodríguez Marín J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre la satisfacción y calidad percibida. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:36-42.
- Candlish P, Watts P, Redman S, Whyte P, Lowe J. Elderly patients with heart failure: a study of satisfaction with care and quality of life. *Int J Qual Health Care* 1998;10:141-6.
- Hall JA, Milburn MA, Epstein AM. A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Med Care* 1993;31:84-94.
- Maiz E. La difusión de resultados y la mejora continua de la asistencia sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:86-9.
- European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Madrid, 1999.
- Grimmer K, Moss J. The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective. *Int J Qual Health Care* 2001;13:109-16.
- Weinberger M, Oddone EZ, Samsa GP, Landsman PB. Are health-related quality-of-life measures affected by the mode of administration? *J Clin Epidemiol* 1996;49:135-40.
- McHorney CA, Kosinski M, Ware JE Jr. Comparisons of the costs and quality of norms for the SF-36 health survey collected by mail versus telephone interview: results from a national survey. *Med Care* 1994;32:551-67.

29. Pfenning LE, Van der Ploeg HM, Cohen L, Bramsen I, Polman CH, Lankhorst, et al. A health-related quality of life questionnaire for multiple sclerosis patients. *Acta Neurol Scand* 1999;100:148-55.
30. Brazier JE, Harper R, Munro J, Walters SJ, Snaith ML. Generic and condition-specific outcome measures for people with osteoarthritis of the knee. *Rheumatology* 1999;38:870-7.
31. Taylor SJ, Taylor AE, Foy MA, Fogg AJ. Responsiveness of common outcome measures for patients with low back pain. *Spine* 1999;24:1805-12.
32. Holtzman J, Caldwell M, Walvatne C, Kane R. Long-term functional status and quality of life after lower extremity revascularization. *J Vasc Surg* 1999;29:395-402.
33. Fabio RP, Choi T, Soderberg J, Hansen CR. Health-related quality of life for patients with progressive multiple sclerosis: influence of rehabilitation. *Physical Therapy* 1997;77:1704-16.
34. Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Rodriguez E. Treating depressed primary care patients improves their physical, mental, and social functioning. *Arch Intern Med* 1997;157:1113-20.
35. Savage P, Ricci MA, Lynn M, Gardner A, Knight S, Brochu M, et al. Effects of home versus supervised exercise for patients with intermittent claudication. *J Cardiopulmonary Rehab* 2001;21:152-7.
36. Guyatt GH, Jaeschke R, Feeny DH, Patrick DL. Measurements in clinical trials: choosing the right approach. En: Spilker B, editor. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996; p. 41-8.