

ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON FRACTURA-LUXACIÓN DE LISFRANC

R.J. García Renedo¹, A. Carranza Bencano², J.J. Fernández Torres², G. del Castillo Blanco², G. Gómez del Álamo¹

¹ Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Ortopedia del Adulto. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

² Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Unidad de Cirugía de Pie y Tobillo. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVO: Valorar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con fractura-luxación de Lisfranc y compararla con los valores de referencia de la población española.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio de cohortes transversal de pacientes con diagnóstico de fractura-luxación de Lisfranc. La calidad de vida se valoró mediante Cuestionario de Salud SF-36 aplicado mediante entrevista personal. Los resultados fueron comparados con una población de referencia.

RESULTADOS: 83 pacientes se incluyeron en el estudio. La edad media de los pacientes estudiados fue de 38,36 años. No se detectaron diferencias en las puntuaciones entre hombres y mujeres ni entre estratos de edad. Al comparar con los valores de referencia de la población general en España, los pacientes de nuestra serie con fractura-luxación de Lisfranc presentaron peores puntuaciones de forma estadísticamente significativa en siete dimensiones de CVRS valoradas en SF-36. Los pacientes de nuestro estudio alcanzaron cifras cercanas al valor normal de la medida sumario en la escala física (MSF), pero mostraron un marcado descenso con respecto al valor de la medida sumario en la escala mental (MSM) al compararlo con la población normal.

CONCLUSIONES: En términos generales, esta lesión no es tan invalidante como se le había otorgado en la literatura. Los pacientes consideran sus molestias tolerables y compatibles con su nivel de exigencia para las actividades diarias y pueden realizar su trabajo teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida (CDV). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Fractura-luxación de Lisfranc. MSF: medida sumario en la escala física. MSM: medida sumario en la escala mental. 'SF-36': Cuestionario de Salud 'Short Form 36'.

A STUDY OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH LISFRANC'S FRACTURE-LUXATION

AIMS: To assess health-related quality of life in patients with Lisfranc's fracture-luxation, and to compare this with the reference values for the Spanish population.

MATERIAL AND METHODS: Cross-sectional cohort study of patients with a diagnosis of Lisfranc's fracture-luxation. The health-related quality of life (HR-QoL) was assessed using the SF-36 health questionnaire, administered at a personal interview. The results were compared with those of a reference population.

RESULTS: Eighty-three patients were included in the study. The mean age of the study population was 38.36 years. No differences were observed in the scores in relation to gender or to age groups. When the results were compared to those of the reference general population, the patients in our Lisfranc's fracture-luxation series evidenced statistically significant worse scores in seven HR-QoL dimensions assessed by the SF-36 questionnaire. The patients in our study group achieved near-normal scores in the overall physical dimension, but markedly decreased ones in the overall mental dimension when compared to the normal population.

CONCLUSIONS: In overall terms, this lesion is not so severely incapacitating as would be expected from the literature. The patients consider their complaints tolerable and compatible with their levels of requirements for daily activities, and are able to do their work considering the time limitations.

KEY WORDS: Quality of life. Lisfranc's fracture-luxation. Overall physical dimension. Overall mental dimension. Health-related quality of life. SF-36 health questionnaire.

Correspondencia:

Dr. Raúl Javier García Renedo
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Avda. de Valdecilla s/n. 39008 Santander
Correo electrónico: rjgarciaenedo@hotmail.com

Fecha de recepción: 17/06/2010

INTRODUCCIÓN

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud es un fenómeno emergente en la literatura médica, y su utilización se justifica por su asociación clara y consistente con fenómenos de salud como la muerte, la hospitalización y

el consumo de recursos sanitarios. El Cuestionario de Salud *Short Form 36 (SF-36)* proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades y detectar los beneficios en la salud⁽¹⁾.

La complejidad inherente al concepto de *calidad de vida* (CDV) relacionado con la salud puede afrontarse analizando sus diferentes dimensiones o componentes que están necesariamente interrelacionados, donde el dolor es un parámetro de cuantificación fundamental. En conjunto, la CDV resume desde una percepción subjetiva el funcionamiento físico, el funcionamiento psicológico y el funcionamiento social del individuo que sufre dolor, y los efectos secundarios y secuelas dependientes de los tratamientos aplicados⁽²⁾. Sin embargo, se han abordado pocos estudios que valoren la calidad de vida de pacientes con fractura-luxación de Lisfranc⁽³⁾.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la calidad de vida percibida por los pacientes que han sido tratados después de sufrir una fractura-luxación de Lisfranc, ya que la evaluación subjetiva del estado general de salud es un buen predictor de la morbilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohortes transversal de 83 pacientes con diagnóstico de fractura-luxación de Lisfranc (FLL) tratados por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, desde el 1 de enero de 1990 al 31 de diciembre de 2005. Todos ellos presentaban suficiente información clínica y acudieron a revisión en consulta para cumplimentar el cuestionario.

Se realizó mediante un protocolo de recogida de datos que incluía variables sociodemográficas y epidemiológicas, variables relacionadas con la lesión, parámetros clínicos, terapéuticos, complicaciones y escalas de valoración clínica. Para clasificar las lesiones hemos utilizado la clasificación de Hardcastle-Reschauer, adaptación de la clasificación de Quénu y Küss^(4,5).

Las indicaciones para tratamiento ortopédico fueron: adecuada reducción anatómica con suficiente estabilidad después de la reducción o existencia de contraindicaciones para el tratamiento quirúrgico. Cuando la reducción cerrada fue anatómica pero no se mostró estable, se realizó **osteosíntesis percutánea (MIS) con agujas de Kirschner** de 1,6 a 2,0 mm de diámetro y posterior inmovilización con una férula de yeso. La reducción abierta se realizó en todos los casos que cumplían los criterios de Myerson (ángulo talometatarsal mayor de 15° e imposibilidad de realizar reducción cerrada).

Tratamiento ortopédico

Las indicaciones para tratamiento ortopédico fueron: adecuada reducción anatómica con suficiente estabilidad después de la reducción y/o existencia de contraindicaciones para el tratamiento quirúrgico. El tratamiento ortopédico consistió en **inmovilización con férula de yeso** que posteriormente, tras revisión en consulta, pasó a ser un yeso cerrado, permaneciendo en descarga total durante 6-8 semanas.

Reducción cerrada: osteosíntesis percutánea

Cuando la reducción cerrada fue anatómica pero no se mostró estable, se realizó **osteosíntesis percutánea con agujas de Kirschner** de 1,6 a 2,0 mm de diámetro. A continuación se inmovilizó con una férula de yeso que a las dos semanas se sustituyó por un yeso cerrado. Al igual que en el grupo anterior, también se mantuvo en descarga durante 6-8 semanas.

Reducción abierta: fijación interna

La reducción abierta se realizó en todos los casos que cumplían los criterios de Myerson⁽⁶⁾ (ángulo talometatarsal mayor de 15° e imposibilidad de realizar reducción cerrada) así como en las lesiones abiertas y en presencia de síndrome compartimental. En presencia de edema masivo, flictenas y malas condiciones de piel, la intervención se retrasó hasta que mejoró el estado de las partes blandas. Para la fijación interna se utilizaron agujas de Kirschner de 1,6 a 2,0 mm.

La CVRS se valoró mediante Cuestionario de Salud *SF-36* según la adaptación realizada para España por Alonso y cols. del *SF-36 Health Survey*⁽⁷⁾. Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud y del estado emocional, que recogen ocho dimensiones de la salud percibida: función física (10), función social (2), rol físico (4), rol emocional (3), salud mental (5), vitalidad (4), dolor corporal-intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual (2) y salud general (6). Para cada dimensión del *SF-36*, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud). La codificación consistió en transformar los valores de cada opción de respuesta para que siguieran el mismo sentido, con el fin de evitar sesgos en la respuesta, ya que en el cuestionario este orden no es fijo. La agregación se fundamentó en la suma de los valores codificados en todas las respuestas de los ítems de una dimensión y la transformación en la división de este valor total posible y posterior multiplicación por 100. Permitted el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de

Tabla 1. Características sociodemográficas en la serie de 83 pacientes con fractura-luxación de Lisfranc en el Hospital Virgen del Rocío

		Recuento	%
Edad al traumatismo (años)*		38,36	15,90
Sexo	Varón	51	61,4%
	Mujer	32	38,6%
Actividad previa lesión	Baja	6	7,2%
	Media	7	8,4%
	Alta	70	84,3%
Ocupación previa	Normal	27	32,5%
	Pie/Caminar	56	67,5%
	Sedentario	0	0%
Tiene mutua	No	41	49,4%
	Sí	42	50,6%
Sevilla	Sí	74	89,2%
	No	9	10,8%
Área hospitalaria	Sí	43	51,8%
	No	40	48,2%

* Datos expresados en media (desviación típica)

las puntuaciones de cada dimensión: medidas sumario en la escala física (MSF) y en la escala mental (MSM). Para facilitar la interpretación se obtuvieron también puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación típica [DT]: 10) era la media de la población general. Los valores superiores e inferiores a 50 se interpretaron como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia.

Para las comparaciones entre distintos grupos en función del sexo, edad y medias de sumatorios, se aplicaron test no paramétricos U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes estudiados fue de 38,36 años (mediana: 36,00; $P_{25,75}$: 26 y 45 años, respectivamente), siendo la media en varones de 36,78 años (DT: 16,16; mediana: 33,00; P_{25} : 24 años; P_{75} : 44 años), y la media en mujeres, de 40,87 años (DT: 15,40; mediana: 40,00; $P_{25,75}$: 29 y 51 años, respectivamente). El 84,3% de los pacientes de la serie tenían una actividad previa a la lesión alta, siendo en los varones del 86,3% y del 81,3% en las mujeres (Tabla 1). Las características descriptivas del tipo de lesión se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Variables clínicas relacionadas con la lesión en relación con el tratamiento en la serie de 83 pacientes con fractura-luxación de Lisfranc en el Hospital Virgen del Rocío

		Tratamiento					
		Ortopédico		Reducción cerrada + agujas		Reducción abierta + agujas	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Clasificación de Hardcastle-Reschauer	A	3	17,6%	12	70,6%	2	11,8%
	B1	7	28,0%	16	64,0%	2	8,0%
	B2	9	26,5%	22	64,7%	3	8,8%
	C	1	14,3%	3	42,9%	3	42,9%
Fx-luxación abierta	No	17	25,4%	43	64,2%	7	10,4%
	Sí	3	18,8%	10	62,5%	3	18,8%
Luxación + fractura	No	7	53,8%	5	38,5%	1	7,7%
	Sí	13	18,6%	48	68,6%	9	12,9%
Presencia de signo de la mancha (fleck sign)	No	13	38,2%	18	52,9%	3	8,8%
	Sí	7	14,3%	35	71,4%	7	14,3%
Columna afectada	Media	5	27,8%	12	66,7%	1	5,6%
	Intermedia	6	40,0%	8	53,3%	1	6,7%
	Lateral	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%
	Intermedia + lateral	3	13,6%	15	68,2%	4	18,2%
	Intermedia + media	2	16,7%	9	75,0%	1	8,3%
	Todas	4	28,6%	8	57,1%	2	14,3%

Tabla 3. Características descriptivas en la serie de 83 pacientes con fractura-luxación de Lisfranc en el Hospital Virgen del Rocío

		Recuento	%
Clasificación de Hardcastle-Reschauer	A	17	20,5%
	B1	25	30,1%
	B2	34	41,0%
	C	7	8,4%
Congruencia > 50%	Sí	24	28,9%
	No	59	71,1%
Fx-luxación abierta	No	67	80,7%
	Sí	16	19,3%
Pie derecho	No	43	51,8%
	Sí	40	48,2%
Luxación + fractura	No	13	15,7%
	Sí	70	84,3%
Presencia signo de la mancha (fleck sign)	No	34	41,0%
	Sí	49	59,0%
Columna afectada	Media	18	21,7%
	Intermedia	15	18,1%
	Lateral	2	2,4%
	Intermedia + lateral	22	26,5%
	Intermedia + media	12	14,5%
	Todas	14	16,9%
Presencia de fracturas periarticulares	No	17	20,5%
	Sí	66	79,5%
Presencia de fractura de metatarsianos	No	24	28,9%
	Sí	59	71,1%
Número de metatarsianos fracturados	≤ 2	44	53,0%
	> 2 o más	39	47,0%
Presencia de Fx cuñas	No	58	69,9%
	Sí	25	30,1%
Presencia de Fx cuboides	No	72	86,7%
	Sí	11	13,3%
Presencia de Fx navicular	No	73	88,0%
	Sí	10	12,0%
Lesión de partes blandas*	No	63	75,9%
	Sí	20	24,1%
Presencia de otras fracturas distales	No	44	53,0%
	Sí	39	47,0%

* 16 fracturas abiertas

La elección de tipo de tratamiento se realizó en función del grado de congruencia y estabilidad articular, y no del agente etiológico de alta o baja energía. No se encontraron diferencias significativamente estadísticas para las variables pronóstico estudiadas, en relación con los resultados clíni-

Tabla 4. Distribución de las puntuaciones de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en la serie de 83 pacientes con fractura-luxación de Lisfranc en el Hospital Virgen del Rocío

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Función física (0-100)	10,00	100,00	91,4793	17,51054
Rol físico (0-100)	0,00	100,00	45,2560	7,27759
Dolor corporal (0-100)	21,00	100,00	66,5060	18,98097
Salud general (0-100)	10,00	100,00	62,3855	18,39063
Vitalidad (0-100)	25,00	100,00	56,2500	17,21039
Función social (0-100)	37,50	100,00	68,0723	16,00936
Rol emocional (0-100)	0,00	100,00	42,5201	10,34547
Salud mental (0-100)	30,00	100,00	58,1224	14,85215

cos, secuelas funcionales y complicaciones. Las características descriptivas de la muestra en relación con el tipo de tratamiento se recogen en la **Tabla 3**.

Al estudiar las puntuaciones obtenidas en las ocho dimensiones de SF-36, se observó que las peores puntuaciones se registraban en dimensiones relacionadas con la salud mental, especialmente por limitaciones a causa de problemas emocionales (**Tabla 4**). No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones entre hombres y mujeres ni diferencias por estrato de edad.

Al comparar con los valores de referencia de la población general en España, los pacientes de nuestra serie con fractura-luxación de Lisfranc presentaron peores puntuaciones de forma estadísticamente significativa en siete dimensiones de CVRS valoradas en SF-36. Las mayores diferencias se observaron en el rol físico y en el rol emocional, mientras que la función física alcanzó en promedio una puntuación media de 7 puntos por encima de la media poblacional (**Tabla 5 y Figura 1**).

Los pacientes de nuestro estudio alcanzaron cifras cercanas al valor normal de la MSF pero mostraron un marcado descenso con respecto al valor de la MSM al compararlas con las de la población normal (**Tabla 6**).

La MSF mostró una correlación fuerte con función física, rol físico, el dolor corporal y salud general mientras que la MSM mostraba una correlación fuerte con las subescalas de función social, vitalidad y salud mental (**Tabla 7**).

DISCUSIÓN

La dimensión física se encontró menos deteriorada que las demás, obteniendo una puntuación media de 91,47, lo cual rebata los resultados de algunos estudios^(8,9) que sostienen que esta área es la más afectada y la que genera mayor insatisfacción en los pacientes con FLL. Aunque los participantes

Tabla 5. Comparación de las puntuaciones del Cuestionario de Salud SF-36 de la población española en relación con la serie de 83 pacientes con fractura-luxación de Lisfranc en el Hospital Virgen del Rocío

	Media	Diferencias de medias	IC 95% para la diferencia	Sig. (bilateral) p
<i>Función física</i>				
Serie HUVR	91,4	6,77925	2,9557	0,001
Población española	84,7		10,6028	
<i>Rol físico</i>				
Serie HUVR	45,2	-62,94398	-64,5331	0,000
Población española	83,2		-61,3549	
<i>Dolor corporal</i>				
Serie HUVR	66,5	-12,49398	-16,6386	0,000
Población española	79,0		-8,3494	
<i>Salud general</i>				
Serie HUVR	62,3	-5,91446	-9,9302	0,004
Población española	68,3		-1,8988	
<i>Vitalidad</i>				
Serie HUVR	56,2	-10,6500	-14,4080	0,000
Población española	66,9		-6,8920	
<i>Función social</i>				
Serie HUVR	68,0	-22,02771	-25,5235	0,000
Población española	90,1		-18,5320	
<i>Rol emocional</i>				
Serie HUVR	42,5	-71,07992	-73,3389	0,000
Población española	88,6		-68,8209	
<i>Salud mental</i>				
Serie HUVR	58,1	-15,17757	-18,4617	0,000
Población española	73,3		-11,8935	

HUVR: Hospitales Universitarios Virgen del Rocío; IC: intervalo de confianza

obtuvieron puntuaciones bajas en la dimensión de vitalidad, ésta supera el nivel medio de la escala; así, los participantes consideraron que su condición de salud no limitaba sustancialmente sus actividades físicas.

No obstante, la dimensión rol físico y rol emocional fueron las más deterioradas de todas las dimensiones. Los pacientes perciben que su salud física interfiere en el trabajo y demás actividades diarias, que su rendimiento es menor que el deseado, que se sienten limitados y presentan dificultades para realizar ciertas actividades. No obstante, pueden reali-

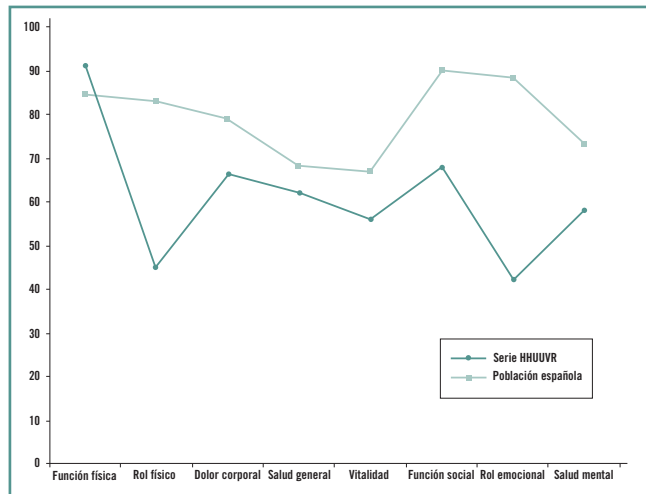


Figura 1. Puntuaciones medias en cada una de las dimensiones del 'SF-36' en la población española y en la muestra de 83 pacientes con fractura-luxación de Lisfranc en el Hospital Virgen del Rocío.

Figure 1. Mean scores in each of the dimensions of the 'SF-36' questionnaire in the Spanish general population and in our series of 83 patients with Lisfranc's fracture-luxation at the "Virgen del Rocío" Hospital.

zar su oficio o su trabajo (perciben que su función física está en cierta medida preservada), teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo. Las estructuras anatómicas lesionadas, la presencia de problemas de salud asociados y las expectativas de los pacientes con respecto a los resultados quirúrgicos influyeron en el tiempo de recuperación tras la cirugía y también en la completa recuperación funcional. A pesar de esto, existe una gran variabilidad con respecto al tiempo de recuperación tras la cirugía. En términos generales, esta lesión no es tan invalidante como se le había otorgado en la literatura, y los pacientes consideran sus molestias tolerables y compatibles con su nivel de exigencia para las actividades diarias a pesar de las molestias que presentan.

Los factores psicológicos (estado de ánimo, actitud, mecanismo de adaptación, personalidad, apoyo social) tienen un papel fundamental en los resultados y en la recuperación, según la bibliografía revisada^(7,10,11). En nuestra serie, observamos que las puntuaciones más bajas aparecen en dimensiones relacionadas con la salud mental, especialmente a causa de problemas emocionales.

Hay que tener en cuenta que la valoración de la calidad de vida se realiza mediante un análisis transversal, y puede verse influida por el tiempo que transcurre entre el diagnóstico y la cumplimentación del cuestionario. A medida que pasa el tiempo, el paciente puede desarrollar más mecanismos de tolerancia y adaptación a la enfermedad, con lo que se obtienen mejores puntuaciones en los test de CSV, con los

Tabla 6. Distribución de las medidas sumario en la serie de 83 pacientes con Fractura-Luxación de Lisfranc en el Hospital Virgen del Rocío

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Medidas sumario en escala física	28,63	57,90	49,3562	5,49747
Medidas sumario en escala mental	18,09	51,27	31,4290	6,85818

Tabla 7. Correlación de las subescalas de SF-36 y las medidas sumario en la serie de 83 pacientes con fractura-luxación de Lisfranc en el Hospital Virgen del Rocío

		Medidas sumario físicas	Medidas sumario mental	Función física (0-100)	Rol físico (0-100)	Dolor corporal (0-100)	Salud general (0-100)	Vitalidad (0-100)	Función social (0-100)	Rol emocional (0-100)	Salud mental (0-100)
MSF	Correlación de Pearson	1	0,250*	0,858**	0,652**	0,657**	0,681**	0,459**	0,482**	0,355**	0,367**
	Sig. (bilateral)		0,024	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,001
MSM	Correlación de Pearson	0,250*	1	0,016	0,443**	0,646**	0,618**	0,793**	0,701**	0,550**	0,897**
	Sig. (bilateral)	0,024		0,888	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Función física (0-100)	Correlación de Pearson	0,858**	0,016	1	0,519**	0,311**	0,378**	0,248*	0,303**	0,230*	0,191
	Sig. (bilateral)	0,000	0,888		0,000	0,004	0,000	0,024	0,005	0,036	0,087
Rol físico (0-100)	Correlación de Pearson	0,652**	0,443**	0,519**	1	0,482**	0,558**	0,369**	0,426**	0,708**	0,434**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000
Dolor corporal (0-100)	Correlación de Pearson	0,657**	0,646**	0,311**	0,482**	1	0,622**	0,658**	0,613**	0,406**	0,696**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,004	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Salud general (0-100)	Correlación de Pearson	0,681**	0,618**	0,378**	0,558**	0,622**	1	0,583**	0,544**	0,522**	0,635**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000
Vitalidad (0-100)	Correlación de Pearson	0,459**	0,793**	0,248*	0,369**	0,658**	0,583**	1	0,695**	0,262*	0,701**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,024	0,001	0,000	0,000		0,000	0,017	0,000
Función social (0-100)	Correlación de Pearson	0,858**	0,016	0,303**	0,426**	0,613**	0,544**	0,695**	1	0,316**	0,540**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,888	0,005	0,000	0,000	0,000	0,000		0,004	0,000
Rol emocional (0-100)	Correlación de Pearson	0,355**	0,550**	0,230*	0,708**	0,406**	0,522**	0,262*	0,316**	1	0,398**
	Sig. (bilateral)	0,001	0,000	0,036	0,000	0,000	0,000	0,017	0,004		0,000
Salud mental (0-100)	Correlación de Pearson	0,367**	0,897**	0,191	0,434**	0,696**	0,635**	0,701**	0,540**	0,398**	1
	Sig. (bilateral)	0,001	0,000	0,087	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

MSF: medidas sumario en la escala física; MSM: medidas sumario en la escala mental

sesgos que ello conlleva. A pesar de las limitaciones, nuestro estudio adopta un enfoque prospectivo transversal.

Los resultados de los cuestionarios pueden estar influidos por la relación médico-paciente, factores psicológicos (apoyo familiar y social) y enfermedades concomitantes. Pacientes con pobre calidad de vida tienen menos predisposición a

cooperar para completar el cuestionario y, en ocasiones, cuando lo realizan, los resultados de las respuestas se pueden ver afectados. Para identificar las dimensiones de calidad más afectadas y diferenciar los efectos debidos a otros factores como envejecimiento de los pacientes o la comorbilidad, hemos comparado los valores P_{50} con referen-

tes de la población general. Los pacientes de nuestro estudio tienen un valor cerca del valor normal de la MSF, pero hay un marcado descenso con respecto al valor de la MSM. Posiblemente las relaciones son más complejas de lo que parece y, aunque los trastornos psicológicos puedan producir incapacidad, es más probable que la limitación funcional sea la causa.

La MSM obtenida está por debajo de la media de referencia ofrecida en la escala, lo que pone de manifiesto el detrimento en la calidad de vida que presentan y cómo las dos dimensiones más bajas constituyen un recurso que debe potenciarse. No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la calidad de vida, aspecto encontrado en otros estudios⁽¹²⁾; sin embargo, a nivel descriptivo se puede observar que los hombres presentaron mejor calidad de vida que las mujeres al conservar mejor su función social y rol emocional y menor dolor corporal^(13,14).

La medición de la calidad no es un factor a tener en cuenta cuando se comparan diferentes opciones de tratamiento, ya que hay que valorar que los mecanismos de adaptación a largo plazo tienden a borrar cualquier diferencia en sintomatología o escalas funcionales de los pacientes independientemente del tratamiento inicial. Las expectativas del paciente con respecto al tratamiento así como la percepción del paciente de su enfermedad influyen en sus pautas de conducta y su nivel de actividad.

La subjetividad, la multidimensionalidad y el carácter dinámico de la CDV dificultan pero no impiden que pueda ser valorada desde una perspectiva rigurosa, validada científicamente y cuantificable numéricamente; por todo ello, este estudio aspira a aportar una visión original sobre distintos los trabajos existentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ware JE. SF-36 health survey update. *Spine* 2000; 25: 3130-9.
2. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 2002; 324: 1417.
3. Beaton DE, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Evaluating changes in health status. Reliability and responsiveness of five generic health status measures in workers with musculoskeletal disorders. *J Clin Epidemiol* 1997; 50: 79-93.
4. Hardcastle Ph, Reschauer R, Kutscha-Lissberg E. Injuries to the tarsometatarsal joint: incidence, classification and treatment. *J Bone Joint Surg (Br)* 1982; 64: 349-56.
5. Quenu E, Kuss G. Etude sur les luxations du metatarse (luxations metatarso-tarsiennes) du diastasis entre le 1er et 2e metatarsien. *Revue de Chirurgie* 39; 1909: 281-336, 720-91, 1093-134.
6. Myerson MS, Fisher RT, Burgess AR. Fracture-dislocation of the tarsometatarsal joints: end results correlated with pathology and treatment. *Foot and Ankle* 1986; 6: 225-42.
7. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey: un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 771-6.
8. O'Connor PA, Yeap S, Noel J, Khayat G, Kennedy JG, Arividian S, McGuinness AJ. Lisfranc injuries: patient and physician based functional outcomes. *Int Orthop* 2002; 27 (2): 98-102.
9. Prieto L, Alonso J, Ferrer M, Antó JM. Health status of COPD patients: are results of the SF-36 Health Survey and the Nottingham Health Profile comparable? *J Clin Epidemiol* 1997; 50: 463-73.
10. SooHoo NF, McDonald AP, Seller JG, McGillivray GR. Evaluation of the construct validity of the DASH questionnaire by correlation to the SF-36. *J Hand Surgery* 2001; 27A (3): 537-41.
11. Martin DP, Engelberg R, Agel J, Swlontkowski MF. Comparison of the Musculoskeletal Function Assessment questionnaire with the Short Form-36, the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, and the Sickness Impact Profile health-status measures. *J BJS* 1997; 79A: 1323-35.
12. Vázquez I, Valderrábano F, Fort J, Jofré R, López M, Gómez J, Moreno F, Guajardo D. Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *SEN*; 24: 167-78.
13. Fernández S, Martín A, Barbas M, González M, Alonso M, Otega M. Accesos vasculares y calidad de vida en enfermedad renal terminal. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*. 2005; 57: 185-98.
14. Arenas M, Moreno E, Reig A, Millán I, Egea J, Amoedo M, Gil M, Sirvent A. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas Coop-Wonca en una población de hemodiálisis. *Revista de la SEN*; 24: 470-9.