

Evaluación de Resultados de Salud. Panorama sobre el uso de medidas de Resultados de Salud basadas en el paciente en la práctica clínica

Francisco García Alcaraz^a, Antonia Alfaro Espín^b, José Luis Moreno Sotos^c

^a DUE, Profesor Asociado de Enfermería Comunitaria y Salud Laboral de la E.U.E. de Albacete, UCLM.

^b DUE, Profesora Titular de Enfermería Materno-Infantil de la EUE de Albacete, UCLM.

^c DUE, Enfermero de Atención Primaria de Salud del Servicio de Salud de la Comunidad de Murcia.

Correspondencia:
Francisco García Alcaraz.
Escuela Universitaria de Enfermería, UCLM, Campus Universitario, Edificio Benjamín Palencia s/n, 02071-Albacete.
E-mail: francisco.galcaraz@uclm.es

Recibido el 19 de septiembre de 2008

Aceptado para su publicación el 6 de noviembre de 2008

RESUMEN

La evaluación de la calidad asistencial ha adquirido gran relevancia en los últimos años con la finalidad de mejorar las prácticas sanitarias, actualizar los conocimientos de los profesionales y alcanzar los mejores resultados en salud. La finalidad del presente estudio es realizar una descripción del panorama sobre el uso de medidas de resultados de salud basadas en el paciente en la práctica clínica.

Los cuestionarios validados SF-36 y NHP son los más utilizados en los estudios analizados para medir el impacto de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en distintas poblaciones de pacientes. Las medidas subjetivas de valoración de la CVRS empleadas en la práctica clínica constituyen un criterio complementario en la atención de los pacientes con enfermedades en las que los indicadores de morbimortalidad no expresan completamente el impacto de la enfermedad en el individuo y la sociedad. A pesar de lo anterior, existen dimensiones no recogidas en los cuestionarios existentes, por lo que se deben perfeccionar y completar en el futuro.

Palabras clave: Calidad de vida. Perfil de Impacto de Enfermedad. Satisfacción del Paciente.

ABSTRACT

Evaluation of health outcome. Overview of the use of patient-based Health Outcome measures in clinical practice

Assessment of healthcare quality has become very important in the last few years. The aim is to improve healthcare practices, update healthcare professionals' knowledge and achieve the best health outcomes. The aim of this study is to provide an overview of the use of patient-based health outcome measures in clinical practice.

In the studies analysed, the most commonly used questionnaires to measure the impact of Health-related Quality of Life (HRQoL) in different patient populations are the SF-36 and NHP. The subjective assessment measures of HRQoL used in clinical practice constitute a complementary criterion in the healthcare of patients with diseases in which the morbidity-mortality indicators do not fully express the impact of the disease on the individual and on society. In spite of this, the current questionnaires do not take into account certain dimensions and need to be perfected and extended in the future.

Key words. Quality of Life. Sickness Impact Profile. Patient Satisfaction.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, los clínicos, investigadores, políticos y grupos de pacientes han tomado conciencia de la importancia de la medición de la salud y la calidad de vida en la práctica clínica, así como en la investigación y en la toma de decisiones políticas¹. La aparición de fenómenos sociales como el envejecimiento demográfico, el aumento de la dependencia, la cronicidad de determinadas enfermedades y el aumento de la demanda de calidad por parte de los usuarios, junto con la limitación de los recursos y la gran variabilidad de la práctica clínica profesional, obligan a todos los implicados a decidir con precisión qué intervenciones sanitarias producen los mejores resultados en la población. De lo anterior se desprende una corriente de investigación en resultados de salud que intenta responder a estas cuestiones^{2,3}.

Spitzar y cols definen la investigación en servicios de salud como la investigación científica de formas alternativas de proveer atención sanitaria, lo que implica que la

investigación puede centrarse en uno o más aspectos de las complejas decisiones (elección de intervenciones, planificación de mecanismos de provisión de servicios o evaluación de sus resultados). La investigación en servicios de salud se lleva a cabo en dos niveles: el nivel médico-paciente y el nivel político⁴. Todo ello ayuda a comprender la naturaleza y organización de nuestro sistema sanitario, los argumentos que subyacen a las decisiones, las actividades de los centros sanitarios, la efectividad de los procedimientos médicos y las preferencias de los pacientes, contribuyendo a la producción de información y conocimiento para mejorar la toma de decisiones a nivel micro (médico-paciente), meso (hospital, centro de salud) y macro (política de salud). Para los servicios de salud la calidad se ha convertido en un objetivo global al que se destinan grandes esfuerzos de planificación sanitaria y los resultados en salud son las verdaderas guías que nos indican el efecto atribuible a una intervención, o a su ausencia, sobre un estado de salud previo⁵.

La evaluación de la calidad asistencial ha adquirido gran relevancia en los últimos años con la finalidad de mejorar las prácticas sanitarias, actualizar los conocimientos de los profesionales y alcanzar los mejores resultados en la salud de los ciudadanos. Con el fin de alcanzar una excelente calidad asistencial, es necesaria una atención sanitaria segura, efectiva, centrada en el paciente, en el momento apropiado, eficiente (que consiga los mejores resultados con el menor consumo de recursos posible) y equitativa (provisión de los mismos cuidados sanitarios para las mismas enfermedades sin distinción social o de ubicación del paciente)^{2,6-8}.

Los resultados de una intervención pueden ser expresados de cuatro formas: eficacia, efectividad, utilidad y beneficio. Entendiendo la eficacia como el resultado de una intervención cuando es aplicada en condiciones ideales y la efectividad como el resultado obtenido cuando el procedimiento es aplicado en condiciones habituales. Por otra parte, se han desarrollado instrumentos que miden el resultado de las dos dimensiones (calidad de vida y su duración) que realmente interesan a los pacientes. A esta forma de medir resultados se le denomina utilidad. De la misma forma que los tres primeros conceptos hacen referencia a resultados en unidades no monetarias, sin embargo el cuarto concepto, beneficio, se encarga de mostrar los resultados en unidades monetarias. Se han desarrollado muchos instrumentos de medición de la salud y de la calidad de vida, especialmente en países anglosajones. Es importante comprender los conceptos que se están evaluando, conocer los diferentes instrumentos y poder seleccionar el más adecuado^{1,9-10}.

Investigación en resultados de salud (IRS), según Soto Álvarez, consiste en una disciplina orientada y focalizada en cuantificar, analizar e interpretar los resultados en salud que generan las distintas intervenciones sanitarias, en condiciones de práctica médica habitual, lo que va ayudar al profesional sanitario y a otros agentes decisores a tomar decisiones más acertadas y razonables⁶. De la misma forma, Morales Asensio entiende la investigación de resultados como el estudio de los resultados finales de las intervenciones realizadas por los servicios sanitarios, que tiene en cuenta la experiencia del profesional, las preferencias y valores de los pacientes, y provee de evidencia científica para la toma de decisiones sanitarias⁵.

Los diseños que la investigación de resultados emplea van desde la investigación cuantitativa hasta los métodos cualitativos, en los que el interés radica en comprender el fenómeno en cuestión para identificar y aplicar intervenciones en función de los resultados⁵.

En cuanto a los resultados sensibles a la práctica enfermera (RSPE) se definen como estados variables de la persona, comportamientos o percepciones muy concretos que responden a la intervención enfermera. Estos resultados están sometidos a múltiples fuentes de influencia, destacando tres: derivados de la persona (edad, sexo, estado funcional, gravedad, etc.), derivados del sistema (tipo de organización, enclave geográfico, recursos humanos, etc.) y derivados de los profesionales (tipo de profesional, competencia técnica, relaciones interpersonales y estándares de la disciplina). De esta orientación surge un primer nivel de información sobre los resultados clínicos individuales referente a las respuestas humanas de la persona¹⁰.

Para medir el resultado derivado de la actividad asistencial se deben considerar los siguientes tipos de resultados:

- a) Resultados clínicos.
- b) Resultados centrados en el paciente o humanísticos.
- c) Resultados económicos y de actividad asistencial.

En cuanto a los resultados centrados en el paciente, la IRS proporciona información de los resultados percibidos por los pacientes como únicos indicadores del impacto de la enfermedad y de la efectividad de las intervenciones sanitarias aplicadas. Por lo tanto, evalúa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y el nivel de satisfacción de los usuarios⁶, lo cual nos aporta información sobre la perspectiva del paciente como resultado de la atención sanitaria que se le presta¹¹.

La CVRS hace referencia a valoraciones de la percepción de salud por parte del individuo, recogiendo tanto aspectos subjetivos como objetivos, por tanto deben valorarse el estado objetivo de la salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio y aspectos más subjetivos como son la satisfacción del individuo y percepción de su propia salud¹¹⁻¹². Para dar respuesta a esta valoración más amplia de medición de salud surge el término calidad de vida como concepto multidimensional que pretende valorar el efecto que la enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto familiar y social. Aunque no existe un consenso sobre el concepto y su definición, podemos citar la definición dada por Shumaker y Naughton: la CVRS se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importante para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y cuidado personal y el bienestar emocional.

De la misma forma, la OMS define CV como la percepción del individuo de su situación en la vida dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos y expectativas, valores e intereses. Esta definición integra aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar, y pueden agruparse en: estado físico y capacidad funcional, estado psicológico y bienestar, interacciones sociales y estado económico y sus factores¹².

Teniendo en cuenta que la CVRS es un concepto multidimensional y que cada dimensión varía con el tiempo, se han diseñado diversos instrumentos para medirla¹¹⁻¹², que pueden ser:

- Específicos, que se centran en aspectos de la calidad de vida propios de una enfermedad o síndrome concreto, validados en poblaciones concretas. Por tanto, se espera que presenten una mayor sensibilidad al cambio que los genéricos. Como ejemplos de cuestionarios específicos se encuentran: el MOS-HIV, validado en España para evaluar la CVRS en pacientes adultos infectados por el VIH. Otros instrumentos específicos¹¹ son: Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-89), Asthma QoL questionnaire, Cuestionario de calidad de vida de la diabetes, Saint George Respiratory questionnaire (EORTC-DLQ-C3), Hospital Anxiety and Depresión Scale (HADS) (no multidimensional), McGill Pain Questionnaire (no multidimensional) y Barthel Index of Disability (no multidimensional).
- Genéricos, que son independientes del diagnóstico y pueden ser aplicables a cualquier tipo de po-

blación o afección, permitiendo comparar el impacto de diferentes enfermedades sobre la CVRS. Entre los cuestionarios genéricos más utilizados¹¹ están: MOS SF-36, EuroQol (EQ-5D), Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP), MOS SF-12, Quality of well-being scale, Health Utility Index.

Según Donovan y cols, las características que definen a un buen instrumento de medida de CVRS son: adecuado, preciso, sensible, basado en datos generados por los propios pacientes, aceptable por los pacientes, profesionales sanitarios e investigadores y válido¹².

Otro componente importante para medir la calidad de los servicios sanitarios prestados es la satisfacción percibida o las preferencias de los pacientes. Existen cuatro tipos de evaluación de la satisfacción:

- a) Evaluación del servicio prestado respecto a las características físicas.
- b) Evaluación de la diferencia entre la percepción del servicio y las expectativas.
- c) Evaluación en función a la respuesta emocional al servicio.
- d) Evaluación basada en la equidad entre los recursos consumidos y el resultado del servicio prestado.

La satisfacción se mide a través de encuestas, aunque existen pocos instrumentos validados¹¹.

La finalidad del presente estudio es realizar una descripción del panorama sobre el uso de medidas de resultados de salud basadas en el paciente en la práctica clínica.

MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica. La estrategia de búsqueda se ha diseñado para recuperar el mayor número de referencias relacionadas con la calidad de vida relacionada con la salud y la satisfacción del paciente, así como medidas de evaluación de resultados en salud.

Las bases de datos consultadas han sido: CUIDEN, MEDLINE (SRI PUBMED), SCIELO ESPAÑA (texto completo). Las palabras claves utilizadas fueron: calidad de vida relacionada con la salud, satisfacción, evaluación usuarios, satisfacción de usuarios y satisfacción de pacientes.

Localizamos 95 artículos, de los que hemos seleccionado 33, que utilizan instrumentos de medidas de resultados de salud basadas en el paciente. Las revistas consultadas y número de artículos seleccionados fueron las siguientes: Enfermería Clínica (3 artículos), Metas de Enfermería (3 artículos), Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (4 artículos),

Revista Española de Enfermería Digestiva, Index de Enfermería y Gaceta Sanitaria (4 artículos), Medicina Clínica (1 artículo), Revista de la Sociedad Española del Dolor (4 artículos), Atención Primaria (2 artículos), Revista Española de Salud Pública (6 artículos), Medicina Intensiva (1 artículo), Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión (1 artículo), Pharmacy Practice (1 artículo), Medifam (1 artículo), Anales de Medicina Interna (2 artículos).

RESULTADOS

Resultados del paciente o "humanísticos": CVRS

Con la finalidad de mostrar una síntesis de la revisión bibliográfica y tener un panorama del uso de medidas de resultados de salud basadas en el paciente, a continuación presentamos unos datos de interés para el lector: primer autor de los artículos seleccionados, las revistas (año de publicación) y los instrumentos de medida empleados en cada caso, señalando a su vez el objetivo de su uso e indicando el tipo de cuestionario.

- Barajas Gutiérrez et al (Rev Esp Salud Pública, 1998) evalúan la CVRS y la obesidad en pacientes de atención primaria, empleando la versión española de los cuestionarios: Perfil de Salud de Nottingham (PSN) (instrumento de medida genérico) y Psychological General Well-Being (PGWB) (instrumento de medida genérico)¹³.
- Fernández Vargas et al (Medifam, 2001) plantean como objetivo conocer la CV autopercebida de los pacientes con EPOC, el apoyo social con que cuentan y su dinámica familiar. Han empleado el cuestionario genérico Perfil de Salud de Nottingham (NHP), el específico de patología respiratoria y el Cuestionario Respiratorio St. George (SGRQ). Por otra parte, se ha utilizado la Escala de DUKE-UNC para el apoyo social con que cuentan, y para valorar la dinámica familiar el Test de Apgar Familiar¹⁴.
- Aspiazu Garrido et al (Rev Esp Salud Pública, 2002) contribuyen a un mejor conocimiento de los principales factores que influyen en la CV y la percepción de la salud de los mayores de 65 años, y determinan qué ventajas y desventajas presentan cada uno de los tres instrumentos de medida de la salud y la CV frente a los otros dos instrumentos utilizados. Los cuestionarios son: valoración del Estado Autopercebido de Salud (EAS), el Euroqol (EQ) y el Perfil de Salud de Nottingham (PSN), siendo instrumentos genéricos de CVRS¹⁵.
- Agra Valera et al (Rev Esp Salud Pública, 2003) determinan si los pacientes oncológicos terminales (POT) incluidos en un programa de cuidados paliativos presentan mejor CV cuando son atendidos por una unidad especializada en dichos cuidados que cuando son atendidos por el equipo de atención primaria, a través de la versión española del Róterdam Symptom Check List (RSCL) (instrumento genérico)¹⁶.
- Soto y Failde (Rev Soc Esp Dolor, 2004) describen los cuestionarios de CVRS, tanto específicos como genéricos, en pacientes con cardiopatía isquémica (CI) y sus aplicaciones en el campo de la evaluación de resultados de salud. Los instrumentos de medida fueron, como genéricos, el Form Health Survey SF-36, NHP, Sickness Impact Profile (SIP) y, como específicos, Quality of Life Alter Myocardial Infarction (QLMI), Quality of Life Alter Myocardial Infarction-2, Seattle Angina Questionnaire (SAQ), Quality of Life-Cardiac Versión (QLI), Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire (APQLQ), Cuestionario de Velasco-Del Barrio, Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale y Cardiovascular Limitations and Symptoms Profile¹².
- Soucase et al (Rev Soc Esp Dolor, 2004) estudian la relación de las estrategias de afrontamiento ante el dolor y la CV en pacientes con fibromialgia. El instrumento genérico empleado es el Inventario de Calidad de Vida (ICV-2R)¹⁷.
- Alfaro et al (Rev Soc Esp Enferm Nefrol, 2006) comparan la CV y la capacidad funcional del paciente en hemodiálisis (HD) convencional y en hemodiafiltración (HDF) en línea. El instrumento genérico utilizado es el Form Health Survey SF-36¹⁸.
- Alonso y Franco (Rev Soc Esp Dolor, 2006) estudian si el tratamiento con pregabalina afecta a la CVRS de 16 pacientes con fibromialgia mediante la escala COOP-WONCA (instrumento genérico)¹⁹.
- Muñoz Sancho et al (Rev Soc Esp Enferm Nefrol, 2006) evalúan la evolución de la CV en pacientes en hemodiálisis (HD). Emplean el cuestionario genérico Form Health Survey SF-36 y diferentes cuestionarios psicológicos²⁰.
- Mena et al (An Med Interna, 2006) evalúan qué aspectos de la CVRS se ven afectados por la DM 2 y la influencia del control glucémico y de los factores de riesgo cardiovascular asociados. Utilizan el instrumento genérico Form Health Survey SF-36²¹.
- Molano et al (Metas de Enfermería, 2007) determinan la CV de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos con TCE grave. El instrumento genérico empleado es el Form Health Survey (SF-36)²².
- Hernández et al (Rev Soc Esp Enferm Nefrol, 2007) determinan el grado de satisfacción y capacidad funcional de los pacientes en diálisis, valorando si existe diferencia según el tratamiento sustitutivo que realicen, e identifican los aspectos del proceso asistencial que generan mayor satisfacción (instrumento genérico SERVQHOS modificado²³).

- Etxeverría-Lecuona et al (An Med Interna, 2007) evalúan la CV en un grupo de pacientes con isquemia coronaria (IC). Han empleado el Minnesota Living With Health Failure Questionnaire (MLWHFQ) como cuestionario específico²⁴.
- Jennings et al (Pharmacy Practice, 2007) evalúan la CV en pacientes en la clínica de medicina familiar de la Universidad de Carolina del Sur mediante el cuestionario específico Diabetes Related Quality of Life (DRQL)²⁵.
- López Silva et al (Rev Soc Esp Dolor, 2007) comprueban si existen diferencias en la CV de las personas que consultan por cuadros dolorosos respecto a las que consultan por otras patologías. Han utilizado el cuestionario genérico sobre CV Form Health Survey (SF-36)²⁶.

Resultados del paciente o "humanísticos": satisfacción

- Hernández et al (Rev Soc Esp Enferm Nefrol, 2005) determinan el grado de satisfacción de los pacientes de hemodiálisis (HD) crónica con relación a la atención recibida. El instrumento genérico es SERVQHOS (adaptación del SERVQUAL)²⁷.
- Maderuelo et al (Gac Sanit, 2006) establecen la satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo y valoran las posibles diferencias entre los dispositivos asistenciales. La escala fue elaborada a partir de diferentes cuestionarios de satisfacción²⁸.
- Santana Cabrera et al (Med Inten, 2007) identifican la satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. El instrumento utilizado ha sido el modificado de la Family Needs Assessment de la Society of Critical Care Medicine²⁹.

Resultados económicos y de actividad asistencial

- Subirana y Solá (Metas de Enfermería, 2007) describen los artículos que relacionan instrumentos y resultados en salud. Instrumentos: Projet de Recherche en Nursing (PRN), Grace, Reynolds Application and Study of Peto (GRASP), Time Oriented Store System (TOSS), Therapeutic Intervención Scoring System (TISS), Omega, Nine Equivalents for Nursing Manpower use (NEMS)³⁰.
- Subirana y Solá (Metas de Enfermería, 2007) realizan una revisión sistemática de los instrumentos que miden la actividad enfermera y su repercusión sobre los resultados en salud³¹.

Todo este proceso ha permitido identificar 22 instrumentos de medición de la salud y CVRS en las referencias bibliográficas consultadas. De éstos, 19 son destinados a medir la CVRS y satisfacción de los usuarios, 10 corresponden a instrumentos genéricos

y 9 a específicos, utilizados en la práctica clínica.

Factores que favorecen el uso de los instrumentos de medidas de resultados de salud

Los instrumentos genéricos tienen la ventaja de que pueden ser utilizados indistintamente en diferentes tipos de pacientes o poblaciones y permiten comparar el impacto de diferentes enfermedades relacionadas con la CVRS^{11,12}. También este tipo de cuestionarios se pueden utilizar para abordar dimensiones que los específicos no tienen en cuenta como es la Salud Mental¹². Podemos señalar que el caso del cuestionario COOP-WONKA es un buen ejemplo de adecuación conceptual en el proceso de adaptación transcultural, siendo utilizado en diferentes poblaciones: embarazadas, cuidadores y pacientes de Atención Primaria³².

En cambio, los instrumentos específicos están validados en poblaciones concretas, incluyendo dimensiones que van a ser afectadas por una enfermedad específica o en un tipo de paciente determinado, esperando de ellos mayor sensibilidad al cambio frente a los genéricos¹¹.

Las principales ventajas de los genéricos son la facilidad y universalidad de su empleo, y la posibilidad de comparación de diferentes tipos de pacientes, enfermedades e intervenciones¹¹.

Dificultades y/o limitaciones de uso de los instrumentos

Podemos señalar, en primer lugar, la gran cantidad y variedad de instrumentos de medida para evaluar los resultados percibidos por los pacientes^{1,10}, además de la disparidad en contenidos, lo que hace que los profesionales asistenciales e investigadores tengan dificultades para seleccionar la medida de resultado de salud que mejor se ajusta a sus necesidades^{32,33}. Paradójicamente, otra cuestión a destacar en la aplicabilidad de la práctica clínica es la falta de instrumentos validados y la no validez del método en la población en la que se pretenden medir estas variables¹¹.

La principal limitación de los cuestionarios genéricos es que son menos sensibles que los específicos para detectar pequeños cambios¹¹. Una limitación de los específicos es no poder hacer comparaciones entre pacientes con diferente enfermedad¹¹.

Otra de las dificultades encontradas en los instrumentos de medida de la CV es la necesidad de cumplir todas las características que definen a un buen instrumento, lo que da lugar a fuerte críticas por parte de algunos autores, argumentando la falta de defini-

ciones concretas de CVRS, o la falta de atención a los sentimientos específicos de los pacientes, y resaltando dificultades metodológicas y los consiguientes sesgos¹². Podemos señalar que el cuestionario SF-36 no incluye algunos conceptos de salud importantes como el trastorno del sueño, función cognitiva, función familiar y función sexual, y también se han descrito problemas para su aplicación en personas mayores en relación con la cumplimentación³⁴.

Otro aspecto que limita su uso es la interpretabilidad clínica, es decir, cuál es el valor clínico que se le debe dar a las diferencias de puntuación de la CRVS en los diferentes instrumentos¹².

Características y bases conceptuales de los instrumentos de medida más empleados en la bibliografía consultada

A continuación se describen las características de los dos instrumentos más utilizados:

- Form Health Survey (SF-36). Consta de 36 ítems y 2 áreas (estado funcional y bienestar emocional). La primera (estado funcional) está representada por las siguientes dimensiones: función física, social, limitaciones del rol por problemas físicos, limitaciones del rol por problemas emocionales. La segunda (estado de bienestar emocional) incluye: salud mental, vitalidad y dolor. Finalmente, la evaluación general de la salud incluye la dimensión de la percepción de la salud general y el cambio de salud en el tiempo, resultando un total de 8 dimensiones y 1 de transición (cambio de salud en el tiempo)^{1,12,34}. Demspster y cols concluyen que el SF-36 es el mejor instrumento genérico de medida de CVRS en pacientes con cardiopatía isquémica por las evidencias psicométricas que presenta^{12,34-35}.

- Perfil de Salud de Nottingham (PSN). Consta de 38 ítems y 6 dimensiones de salud (energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social). Mide sufrimiento físico, psicológico y social, asociado a problemas de salud, sociales y emocionales o el grado en que dicho sufrimiento afecta a la vida de los individuos¹.

Integración de estas medidas con el resto de medidas de resultado (como síntomas y variables bioquímicas)

El estudio realizado por Luque y cols para conocer la percepción de CV de los pacientes autónomos con tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis y diálisis peritoneal), en el que aplicaron el cuestionario de CV EQ-5D, pone de manifiesto que los parámetros bioquímicos no guardan relación con la CV percibida por los pacientes autónomos. Estos parámetros están dentro de la normalidad y, aunque indican una dosis de diálisis adecuada, no reflejan en absoluto la per-

cepción sobre el estado de su salud. Por otra parte la CV percibida por los pacientes difiere de la percibida por los profesionales de enfermería³⁶.

En el estudio de Mena y cols, en pacientes con DM tipo 2, se aplica el cuestionario SF-36 y concluyen que la asociación entre el mal control glucémico y peor CVRS es independiente de que el paciente conozca o no su grado de control metabólico, entendiéndose que la peor CV de los enfermos con niveles elevados de HbA1c se relaciona con la clínica derivada de la hiperglucemia²¹.

Por último, Soto y cols, en pacientes con cardiopatía isquémica, establecen bibliográficamente que la angina y los síntomas depresivos son prevalentes en pacientes con patología coronaria, estando asociados con peor CV y con la posibilidad de ser modificados al ser reconocidos y tratados de forma apropiada. Esta cuestión pone de manifiesto la necesidad de un enfoque holístico del paciente, situando en un lugar destacado la esfera psíquica frente a las demás. De la misma forma, en un estudio sobre el efecto de la angioplastia comparado con el tratamiento médico, las medidas genéricas de calidad de vida han permitido correlacionar la mejoría observada mediante determinaciones clínicas específicas con el cambio en el estado de salud registrado mediante las medidas de CV¹².

En el estudio de Alonso y Franco en pacientes con fibromialgia tratados con pregabalina, en el que se aplicó el cuestionario COOP-WONCA para medir la CV, se concluye que no hay mejoría en la CVRS en estos pacientes¹⁹.

En lo que se refiere a la combinación de medidas genéricas y específicas en la práctica clínica, podemos citar el estudio de López-Silva y cols, realizado en pacientes de atención primaria (AP) que consultaban por procesos dolorosos, donde relacionan la Escala Visual Analógica (EVA) para medir el dolor y el cuestionario SF-36 para la medición de la CVRS. Los autores concluyen que, existiendo diferencias entre dolor agudo y crónico respecto al EVA, la dimensión dolor corporal del SF-36 no presenta diferencias entre ambos grupos²⁶.

De la misma forma, en el estudio comentado anteriormente de Soto y Failde, realizado en pacientes con patología coronaria, se muestra la posibilidad de combinar cuestionarios genéricos y específicos con la finalidad de valorar la calidad de vida en casos de pacientes con cardiopatía isquémica¹². También han sido combinados el cuestionario NHP genérico y el SGRQ específico para pacientes con patología respiratoria crónica¹⁴.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

1. De la gran cantidad de cuestionarios existentes validados, el SF-36 y NHP son los instrumentos genéricos más utilizados en los estudios analizados para medir el impacto de la CVRS en distintas poblaciones de pacientes y con distintas patologías
2. A pesar de lo anterior, existen dimensiones no recogidas en los cuestionarios existentes (por ejemplo la función sexual, trastornos del sueño, etc.), por lo que se deben perfeccionar y completar en el futuro.
3. La proporción en la que se han utilizado instrumentos genéricos y específicos es similar.
4. En función de la patología del paciente, y dada la existencia de algunos cuestionarios validados y aplicados en la práctica clínica, es posible la combinación de instrumentos genéricos y específicos para valorar la repercusión de las patologías crónicas en la CVRS.
5. Los datos obtenidos de la evaluación a partir de los instrumentos de medida de la CVRS y la satisfacción de los pacientes suponen un refuerzo positivo para la participación del propio paciente en su cuidado.
6. Las medidas subjetivas de valoración de la CVRS empleadas en la práctica clínica constituyen un criterio complementario en la atención de los pacientes con enfermedades en las que los indicadores de morbimortalidad no expresan completamente el impacto de la enfermedad en el individuo y la sociedad.
8. Rodríguez D, Pujol J, Vallano A. Describir los resultados de las intervenciones en la práctica clínica. En: Diogène E, Ed. Guía de investigación clínica para atención primaria. Barcelona: Mayo; 2005.
9. Cabrero J, Richard M. Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Alicante: Publicaciones UA; 2001. p. 59-73.
10. Bowling A. La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona: Masson; 1994.
11. Pardo MA, Fuster R. Medidas de resultados en las UFPE. En: Fuster R, Pardo MA, Ventura JM, eds. Manual para las unidades de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE) de servicios de farmacia hospitalaria. Valencia: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH); 2007. p. 53-70.
12. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev Soc Esp Dolor*, 2004; 11(8):505-14.
13. Barajas MA, Robledo E, Tomás N, Sanz T, García P, Cerrada I. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72(3):221-31.
14. Fernández AM, Bujalance MJ, Leiva F, Martos F, García AJ, Sánchez F et al. Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Medifam* 2001; 11(9):530-9.
15. Aspiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76(6):683-99.
16. Agra Y, Badía X. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del Róterdam Symptom Checklist para medir calidad de vida en pacientes oncológicos. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73(1):34-44.
17. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. Estrategia de afrontamiento ante el dolor o calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11(6):353-9.
18. Alfaro A, Beltrán MI, Gallego B, Martín M, Romero E, Sidrach V. HDF en línea en nuestros pacientes: calidad de vida y capacidad funcional. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2006; 9(3):158-63.
19. Alonso A, Franco ML. Medida de la calidad de vida mediante las láminas Coop-Wonca en una muestra de pacientes con fibromialgia tratadas con pregabalina. *Rev Soc Esp Dolor* 2006; 1:10-7.
20. Muñoz R, Oto A, Barrio R, Fernández M. Evolución de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: estudio prospectivo a un año. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2006; 9(1):55-8.
21. Mena FJ, Martín JC, Simal F, Bellido J, Carretero JL. Diabetes mellitas tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del estudio Hortega. *An Med Interna (Madrid)* 2006; 23(8):357-60.
22. Molano E, Gómez H, Cabrero AI, Cornejo C, Domínguez M, Murillo MA et al. Calidad de vida a largo plazo después de un TCE. *Metas de Enferm* 2007; 9(10):16-22.
23. Hernández ME, Ochando A, Lorenzo S, Orbes P, López K. Factores determinantes de la satisfacción del paciente en tratamiento renal sustitutivo. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2007; 10(1):6-13.
24. Etxeberria-Lekuona D, Sánchez-Alvárez J, Alonso A, Acha V, Campos R, Betrán J. Estudio de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardiaca en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)* 2007; 24(2):57-60.
25. Jennings DL, Ragucci KR, Chumney ECG et al. Impact of clinical pharmacist intervention on diabetes related quality

BIBLIOGRAFÍA

1. Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español. 4ª ed. Barcelona: Edimac; 2002.
2. Chacón J. Gestión de la calidad en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. *Rev Adm Sanit* 2006; 4(2):175-7.
3. Diogène E (Coord). Guía de investigación clínica para atención primaria. Barcelona: Mayo; 2005.
4. Lázaro P, Pozo F, Ricoy JR. Una estrategia de investigación en el Sistema Nacional de Salud: II Investigación en servicios de salud. *Med Clin (Barc)* 1995; 104(2):67-76.
5. Morales JM, Bonill C, Celdrán M, Morilla JC, Martín FJ, Contreras E. Diseño y validación de instrumentos de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. *Gac Sanit* 2007; 21(2):106-13.
6. Soto J. Implicación de la investigación de resultados en salud en la mejora continua de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud. *An Med Interna (Madrid)* 2007; 24(11):517-9.
7. Vinyoles E, Morralla C. Gestión de la investigación. En: Diogène E, Ed. Guía de investigación clínica para atención primaria. Barcelona: Mayo; 2005.

- of life in an ambulatory car clinic. *Pharmacy Practice (Internet)* 2007; 5(4):169-73.
26. López-Silva MC, Sánchez M, Rodríguez-Fernández MC, Vázquez-Seijas E. Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria. *Rev Soc Esp Dolor* 2007; 1:9-19.
 27. Hernández ME, Ochando A, Mora J, Lorenzo S, López K. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: objetivo de calidad asistencial en enfermería. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2005; 8(2):90-6.
 28. Maderuelo JA, Haro AM, Pérez F, Cercas LJ, Valentín AB, Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gac Sanit* 2006; 20(1):31-9.
 29. Santana L, Ramírez A, García M, Sánchez M, Martín JC, Hernández E. Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva* 2007; 31(2):57-61.
 30. Subirana M, Solà I. Estudios que relacionan los instrumentos y los resultados en salud. *Metas de Enferm* 2007; 10(4):50-4.
 31. Subirana M, Solà I. Calidad de los estudios que relacionan los instrumentos y los resultados en salud. *Metas en Enferm* 2007; 10(5):51-4.
 32. Cabañero-Martínez MJ, Muñoz-Mendoza CL, Richard-Martínez M, Cabrero-García J. Revisión de los atributos de las medidas de resultados de salud basados en el paciente. *Enferm Clin* 2008; 18(2):84-90.
 33. Valderas JM, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clin (Barc)* 2005; 125(Supl. 1):56-60.
 34. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miranda G, Quintana JM et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005; 19(2):135-50.
 35. Alonso J, Prieto L, Antó 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)* 1998; 104:771-6.
 36. Luque E, Torres A, Campín E, Costa MJ, Matamata A, Fuenmayor A. Diferencia entre la calidad de vida percibida por los pacientes autónomos en diálisis y la percibida por los profesionales de enfermería de la unidad. Fundación Puigvert (Barc). [Consultado 6 junio 2008]. Disponible en: www.revistaseden.org/files/1739_3.pdf

Otra bibliografía consultada

1. Molinero LM. Cuestionarios de salud. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. [Consultado 1 de junio de 2008]. Disponible en www.seh-lelha.org/stat1.htm
2. Serra-Sutton V, Herdman M, Rajmil L, Santed R, Ferrer M, Siéoni C et al. Adaptación al español del cuestionario vecú et sante perçue de l'adolescent (VSP-A): una medida genérica de calidad de vida para adolescentes. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:701-12.
3. Moreno-Pina JP, Richard-Martínez M, Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrolla una úlcera por presión. *Enferm Clin* 2007; 17(4):186-97.
4. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Medidas de resultado y herramientas de evaluación de necesidades para la esquizofrenia y trastornos relacionados (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2007; 4. [Consultado 1 junio 2008]. Disponible en www.update-software.com/abstractsES/AB003081-ES.htm
5. Gómez SL, Sánchez FJ, Portero A, Martín R. Satisfacción de los pacientes sometidos a intervenciones de cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria* 2008; 40(5):263-9.
6. Palacio F, Silvestre C. Participación del paciente como estrategia de mejora de calidad. *Aten Primaria* 2006; 38(8):461-4.
7. Retamal A, Monge V. Calidad percibida por dos poblaciones adscritas a dos centros de salud de la provincia de Cuenca. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74(3):275-86.
8. Agra Y, Sacristán A, Pelayo M, Fernández J. Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria en enfermos oncológicos terminales de un área sanitaria de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77(5):567-79.
9. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 2):83-92.