

- 4 Esther Álvarez Silvares^a
M. Soledad de Diego Suárez^a
Raquel Almazán Ortega^b
Antonio González González^c
Roberto Rodríguez Núñez^a

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Ourense. Orense. España.

^bUnidad de Investigación y Docencia. Complejo Hospitalario de Ourense. Orense. España.

^cAtención Primaria. Orense. España.

Correspondencia:

Dra. E. Alvarez Silvares.
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Ourense.
Ramón Puga, 54. 32005 Ourense. España.

Fecha de recepción: 7/6/2007.

Aceptado para su publicación: 12/9/2007.

RESUMEN

Objetivos: Valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) percibida por las gestantes de bajo riesgo en comparación con los valores poblacionales de referencia para mujeres del mismo grupo de edad; determinar si la gestación de bajo riesgo puede modificar la CVRS percibida; relacionar los «cambios fisiológicos de la gestación» con la pérdida de calidad de vida percibida; obtener valores de CVRS de referencia del cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short Form, o cuestionario SF-36, para gestantes del primer y tercer trimestres, dado que hasta la actualidad no hemos encontrado publicaciones españolas similares.

Material y métodos: Encuesta transversal de prevalencia y comparación de 2 grupos independientes. Como instrumento de medición se utilizó el Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36).

Conclusiones: Las gestantes presentan una pérdida estadísticamente significativa de las dimensiones físicas cuando se comparan con los valores poblacionales de referencia para mujeres

Influencia de la gestación de bajo riesgo en la calidad de vida relacionada con la salud percibida por las gestantes

Influence of low-risk pregnancy on self-perceived health-related quality of life in pregnant women

del mismo intervalo de edad; esta pérdida es más significativa al progresar la gestación, es decir, la progresión cronológica del embarazo normal puede alterar la percepción en la calidad de vida percibida por las gestantes, especialmente en el campo físico. No se observan alteraciones en las dimensiones relacionadas con la función emocional o social.

Los síntomas propios de la gestación, como las náuseas y los vómitos, son capaces de alterar las funciones física y emocional.

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Gestación. SF-36.

ABSTRACT

Objectives: The aims of the present study were four-fold: to assess health-related quality of life (QoL) perceived by women with low-risk pregnancies in comparison with reference population values for women in the same age group; to determine whether low risk pregnancy

by itself can modify perceived QoL; to determine the association between the physiological changes of pregnancy and perceived loss of QoL; to obtain reference values for QoL from the questionnaire Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short Form (SF-36) for expectant mothers in their first or third trimester, given that to date we have found no Spanish publications on the topic.

Material and methods: We performed a cross-sectional survey of prevalence, with comparison of two independent groups. Measuring instrument: SF-36.

Conclusions: The expectant mothers showed a statistically significant loss in physical dimensions in comparison with the reference population values for women in the same age group; this loss was more significant as the pregnancy progressed, that is, the chronological progression of a normal pregnancy is, by itself, able to alter the quality of life perceived by the pregnant women, especially in the physical domain. No changes in the dimensions related to social or emotional functions were observed.

The typical symptoms of pregnancy such as nausea and vomiting are able to alter physical and emotional functions.

KEY WORDS

Health-related quality of life (QOL). Pregnancy. SF-36.

INTRODUCCIÓN

La gestación es un período fisiológico de la vida reproductiva de la mujer; sin embargo, las modificaciones secundarias «no patológicas» de esta etapa, tales como cambios digestivos, circulatorios, respiratorios y el aumento de peso, pueden producir alteraciones en la calidad de vida percibida por la gestante. Es decir, aunque el embarazo no es un estado patológico sí puede modificar el rol físico, psíquico y social.

En las últimas décadas se ha publicado un gran número de trabajos científicos referidos a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS); ello, probablemente, se deba a una mayor preocupación por conocer el punto de vista del paciente sobre su propio estado de salud (autopercepción de salud). Pero, ¿qué podemos entender por CVRS? La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como «la ausencia de enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social»¹. En 1995, Schumaker y Naughton² apuntan que «la CVRS se preocupa por aquellos aspectos relacionados con la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, particularmente en las dimensiones física, psíquica, social y percepción general de la salud».

Pese a que el concepto de CVRS surge en la literatura médica en el siglo xx, en la relación médico-paciente desde siempre ha existido una preocupación subjetiva por éste, reflejada en las preguntas «¿cómo está usted?» o «¿cómo se encuentra?» realizadas durante la entrevista clínica. La respuesta del paciente transmite un conjunto de sensaciones que intentan expresar lo que siente sobre su estado de salud y su calidad de vida; no obstante, esta respuesta es totalmente subjetiva, no cuantificable. Para resolver este problema y dar una dimensión numérica al estado de salud, se han diseñado los cuestionarios de CVRS. Éstos nunca sustituirán las evaluaciones sintomáticas, analíticas, etc., sino que simplemente las complementan, añadiendo algo tan importante como es la visión del paciente sobre su propia salud.

Entre los cuestionarios genéricos para la valoración del CVRS, encontramos el cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short Form o SF-36, que aplicamos en nuestro estudio. Se trata de la versión 2 en lengua española, realizada por Alonso et al³, del SF-36 Health Survey⁴.

Este cuestionario proporciona un perfil del estado de salud, y es uno de los más utilizados para la evaluación de resultados clínicos. Es apto tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y autoadministrable, con una duración media de complementación de 5 a 10 min. Consta de 36 preguntas o ítems que valoran tanto estados positivos como negativos de la salud y que conforman 8 dimensiones: función física, rol físico, función social, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general. Las caracte-

Tabla 1. Definición y número de ítems de las dimensiones del cuestionario SF-36

Dimensión	Número de ítems	Definición
Función física	10	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas y realizar esfuerzos moderados o intensos
Rol físico	4	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias y produce como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limita el tipo de actividades que se puede realizar o dificultad de éstas
Dolor corporal	2	Medida de intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar
Salud general	5	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar
Vitalidad	4	Sentimiento de energía y vitalidad frente al cansancio y al desánimo
Función social	2	Grado en que los problemas físicos y emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual
Rol emocional	3	Grado en que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, la disminución del rendimiento y el esmero en el trabajo
Salud mental	5	Valoración de la salud mental general considerando la depresión, la ansiedad, el autocontrol y el bienestar general
Ítem transición	1	Proporciona información sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración

rísticas de cada dimensión y el número de ítems se pueden observar en la tabla 1.

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta varía entre 3 y 6, según el ítem. Con la suma de los puntos de cada uno de los ítems se obtiene una puntuación global (escala entre 0 y 100, donde una mayor puntuación indica un mejor estado de salud). Las 8 áreas del cuestionario se combinaron para crear 2 índices sumarios: físico y mental⁵. La ventaja del cuestionario SF-36 es su facilidad y comodidad de aplicabilidad y que está suficientemente validado, tanto para población sana como patológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal de prevalencia, con comparación de 2 grupos independientes, con el fin de evaluar los cambios en el grado de salud percibida a lo largo de la gestación, en una muestra aleatoria de gestantes de riesgo bajo controladas en la consulta de obstetricia del Complexo Hospitalario de Ourense, durante el período comprendido entre noviem-

bre de 2006 y enero de 2007. El total de pacientes incluidas en la muestra fue de 140.

Se plantearon 2 grupos de estudio, cuyos criterios de inclusión fueron:

1. Grupo I: gestantes españolas de bajo riesgo obstétrico, con amenorrea comprendida entre la semana 12 y 16. El límite inferior se seleccionó basándose en que el cuestionario SF-36 valora la CVRS en las 4 últimas semanas, de tal modo que la paciente ya tiene percepción clínica de su embarazo. El número total de gestantes incluidas en este grupo fue de 71.

2. Grupo II: gestantes españolas de bajo riesgo obstétrico, con amenorrea ≥ 37 semanas, es decir, por definición «embarazos a término», sin ningún tipo de complicaciones médicas ni obstétricas en el curso de la gestación. El número total de gestantes incluidas en este grupo fue de 69.

Los criterios de exclusión fueron:

1. Gestantes inmigrantes, para evitar variables de confusión socioculturales.

2. Gestantes con cualquier afección médica u obstétrica.

Se informó a las pacientes, que reunían los criterios de inclusión de alguno de los dos grupos, del objetivo del estudio y se solicitó su consentimiento para incluirlas en él. Las pacientes autocompletaron el cuestionario SF-36 en un tiempo máximo de 10 min.

Cálculo estadístico

Cálculo del tamaño muestral

Dado que no se partía de una hipótesis previa acerca de las diferencias entre los grupos, se decidió hacer un estudio piloto con 100 pacientes. Con los resultados preliminares que se obtuvieron se calculó el tamaño muestral con el programa EPI DAT 3.1. Para una diferencia de medias esperada de 10 puntos en los índices de calidad de vida entre los grupos, una desviación estándar esperada de 20, una potencia del 80% y un nivel de confianza del 95%, el tamaño muestral necesario fue de 63 pacientes en cada grupo. Finalmente se recogieron 70 pacientes en cada grupo.

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo de la población del estudio se utilizó la media y la desviación típica para las variables cuantitativas, y las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Para estimar las diferencias entre los indicadores de calidad de vida en cada grupo se utilizaron las pruebas de la t de Student y de Fisher de grupos independientes para los indicadores que seguían una distribución normal y la prueba de Mann-Whitney como prueba no paramétrica cuando no seguían una distribución normal. La comprobación de la distribución normal de las variables se realizó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,005$. Los cálculos se realizaron con el programa SPSS 14.0.

Evaluamos el coeficiente de consistencia interna α de Cronbach (fiabilidad del cuestionario para nuestra muestra), que superó el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupo (α de Cronbach = 0,78).

RESULTADOS

El 100% de las pacientes a las que se les solicitó la participación en el estudio aceptó y realizó satisfactoriamente la encuesta.

De los 140 casos aleatorios recogidos en nuestro estudio, 71 (50,7%) pertenecían al grupo I y 69 (49,3%) al grupo II o gestaciones a término. La edad media del grupo global fue de 30,88 años, y no se encontraron diferencias en la edad entre ambos grupos (grupo I, media = 30,21 años; grupo II, media = 31,57 años). Tampoco hubo diferencias respecto a la paridad o el medio de residencia, como se puede observar en la tabla 2, por lo que podemos afirmar que, aunque se trata de grupos independientes, son homogéneos en sus características y aptos para la comparación entre ambos.

El cuestionario SF-36 incluye un ítem de transición que interroga sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las dimensiones, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del cuestionario SF-36. En nuestro trabajo encontramos que el 76,4% (n = 107) refería que su estado de salud era igual al año anterior, el 10% afirmaba un estado de salud peor (incluidos «algo peor» y «mucho peor») y el 13,6%

Tabla 2. Estudio estadístico de las variables edad, paridad y medio

	Grupo total	Grupo I	Grupo II
Edad			
Media	30,88	30,21	31,57
Mediana	30,00	30,00	32,00
Varianza	19,028	19,340	18,043
Desviación típica	4,362	4,398	4,248
Mínimo	18	18	23
Máximo	41	40	41
Rango	23	22	18
N.º gestaciones			
Media	1,66	1,69	1,62
Mediana	1,50	1	2
Desviación típica	0,784	0,872	0,688
Mínimo	1	1	1
Máximo	5	5	3
Medio			
Rural	32,9%	32,4%	33,3%
Urbano	67,1%	67,6%	66,7%

Tabla 3. Resultados del cuestionario SF-36 en el total de la muestra

Dimensión	N. ^o	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Función física (0-100)	140	15,00	100	81,285	18,460
Rol físico (0-100)	140	0,00	100	56,071	43,339
Dolor corporal (0-100)	140	10,00	100	70,721	22,964
Salud general (0-100)	139	20,00	100	75,212	16,090
Vitalidad (0-100)	140	10,00	100	59,571	18,626
Función social (0-100)	140	25,00	100	89,732	16,237
Rol emocional (0-100)	140	0,00	100	89,761	26,791
Salud mental (0-100)	140	40,00	100	77,485	15,326
Sumario componente físico	139	18,50	65,66	45,847	8,319
Sumario componente mental	139	21,10	65,60	52,290	8,198

Tabla 4. Resultados del cuestionario SF-36 en cada grupo del estudio

Dimensión		N. ^o	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Función física (0-100)	GI	71	30,00	100	86,33	14,975
	GII	69	15,00	100	76,08	20,289
Rol físico (0-100)	GI	71	0	100	71,12	41,327
	GII	69	0	100	40,57	40,014
Dolor corporal (0-100)	GI	71	12,00	100	76,97	22,720
	GII	69	10,00	100	64,28	21,536
Salud general (0-100)	GI	70	30,00	100	73,45	15,542
	GII	69	20,00	100	76,99	16,550
Vitalidad (0-100)	GI	71	10,00	100	62,04	20,063
	GII	69	15,00	95	57,02	16,788
Función social (0-100)	GI	71	25,00	100	89,43	18,255
	GII	69	37,50	100	90,03	13,988
Rol emocional (0-100)	GI	71	0	100	89,20	28,604
	GII	69	0	100	90,33	24,984
Salud mental (0-100)	GI	71	40,00	100	77,85	16,308
	GII	69	40,00	100	77,10	14,354
Sumario componente físico	GI	70	26,25	65,66	48,84	7,334
	GII	69	18,50	57,48	42,80	8,202
Sumario componente mental	GI	70	21,10	63,39	51,13	8,820
	GII	69	32,16	65,60	53,45	7,397

GI: grupo I, GII: grupo II.

respondía encontrarse mejor que el año previo. En la respuesta a este ítem no se encontraron variaciones entre los grupos I y II (grupo II: peor estado de salud, 10,14%).

En la tabla 3 se presentan los datos de CVRS medidos con el cuestionario SF-36 en la muestra global de pacientes estudiadas. En la tabla 4 se presentan los resultados del estudio estadístico de la CVRS en los 2 grupos analizados.

La primera hipótesis de trabajo fue determinar si las gestantes del grupo I presentaban alteraciones de

la CVRS al compararlas con los datos de referencia de la población general para mujeres en el mismo intervalo de edad de la versión española del SF-36. Utilizamos las tablas publicadas por Alonso et al⁶ (con una cohorte de 4.740 mujeres) y recomendadas para la comparación de muestras por la Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del IMIM del Instituto Carlos III. Observamos que todas las dimensiones relacionadas con la actividad física (función física, dolor corporal, vitalidad) en el cuestionario SF-36 estaban afectadas. La función física

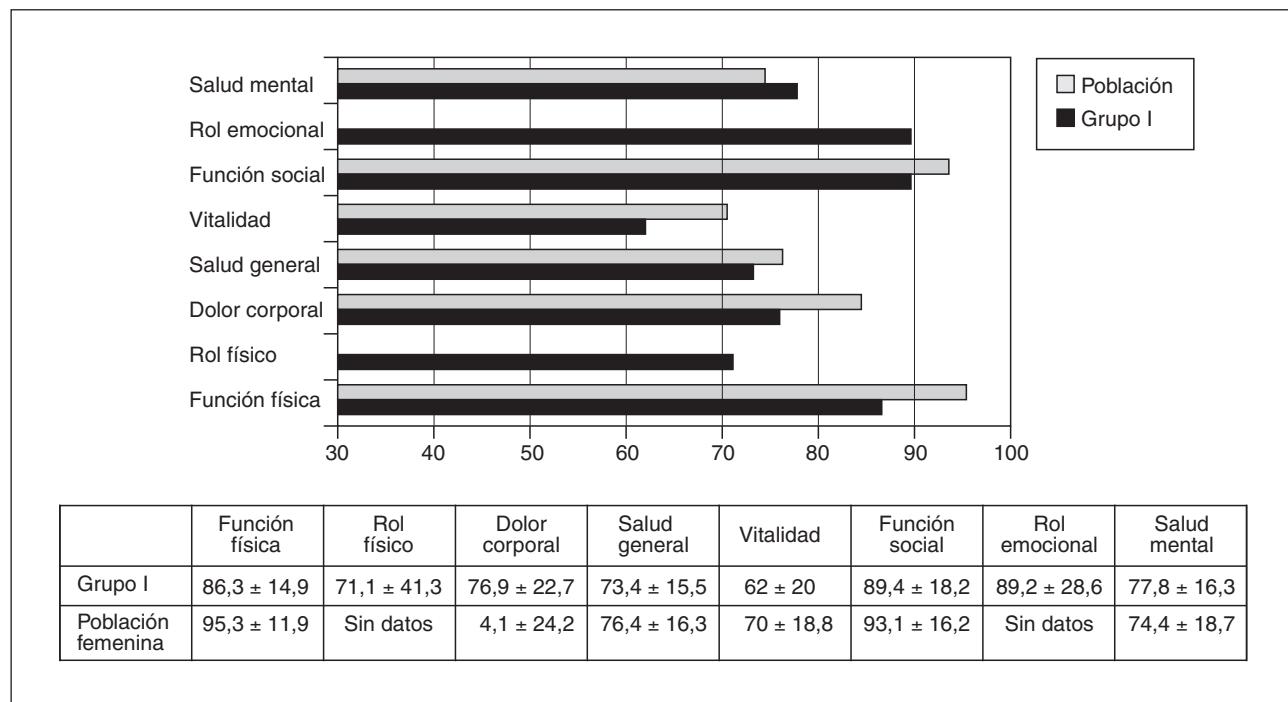


Figura 1. Valores (media ± desviación estándar) de las dimensiones del cuestionario SF-36 para el grupo I y la población general femenina.

decrece 8,97 puntos (intervalo de confianza [IC] del 95%, 7,37 a 14,54; $p < 0,0001$); el dolor corporal se deteriora en 7,13 puntos (IC del 95%, 1,42 a 12,83; $p < 0,01$), y la vitalidad decrece 7,96 puntos (IC del 95%, 3,51 a 12,40; $p < 0,001$). No se encontraron variaciones en las dimensiones relacionadas con factores psicológicos o sociales (función social o salud mental). En las tablas de referencia poblacional de Alonso et al⁶ no disponemos de datos sobre la dimensión rol físico y rol emocional (fig. 1).

Con el fin de valorar si la «evolución cronológica del embarazo» es un factor capaz de modificar la percepción de la CVRS, procedimos a comparar los resultados del cuestionario SF-36 del grupo de gestaciones a término (grupo II) con los datos recogidos del grupo I. Las pacientes del grupo II (gestaciones a término, sin complicaciones médicas ni obstétricas) presentaron afectación de las dimensiones de CVRS relacionadas con el área física cuando se comparaban con las gestantes del grupo I. Las dimensiones afectadas con significación estadística al analizar ambos grupos fueron:

– Función física (grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas y realizar esfuerzos moderados): descenso de 10,25 puntos con significación estadística $p < 0,001$ (IC del 95%, -1,404 a 12,636).

– Rol físico (grado en que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado o una limitación del tipo de actividades que se puede realizar, o la dificultad de éstas): descenso de 30,55 puntos del grupo II respecto al grupo I, con significación estadística de $p < 0,0001$ (IC del 95%, 18,186 a 53,116).

– Dolor corporal (medida de la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar): descenso de 12,69 puntos con significación estadística $p < 0,0001$ (IC del 95%, 0,963 a 21,945).

– Sumario del componente físico (índice que agrega todas las dimensiones relacionadas con el

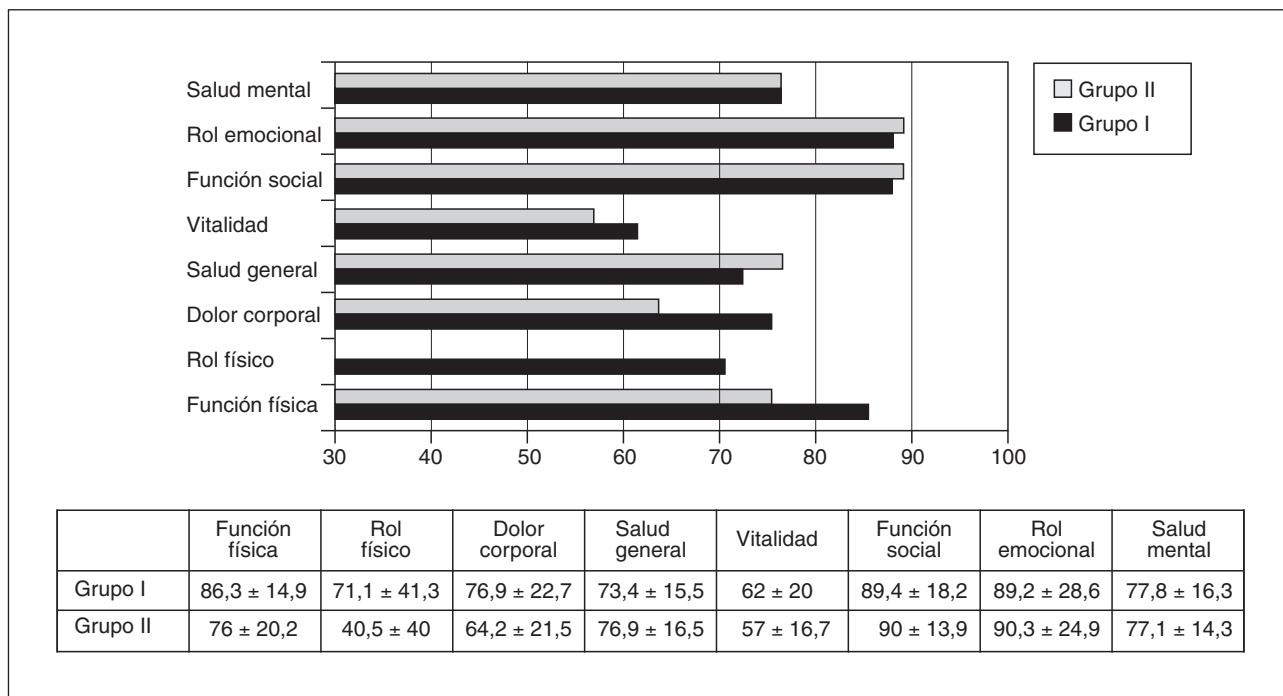


Figura 2. Valores (media ± desviación estándar) de las dimensiones del cuestionario SF-36 para los grupos I y II.

factor físico): encontramos un descenso de 6,04 puntos con una significación estadística de $p < 0,0001$ (IC del 95%, 3,422 a 8,645) (fig. 2).

No se encontraron diferencias significativas entre el grupo de gestaciones iniciales y a término en las siguientes dimensiones: salud general, vitalidad, rol emocional, función social, salud mental y sumario del componente mental. Se debe señalar que, en el conjunto de la muestra, las pacientes con gestaciones a término refieren mejor rol emocional y función social que las pacientes con gestaciones precoces, pero este dato no aporta significación estadística.

Como objetivo secundario de nuestro trabajo, decidimos investigar si determinados factores fisiológicos asociados a la gestación son capaces de modificar la calidad de vida percibida por las gestantes.

En las pacientes del grupo I (gestaciones entre 12 y 16 semanas) evaluamos si la presencia de náuseas y vómitos (que no requieren ingreso hospitalario) es capaz de modificar la percepción de salud. Hallamos una frecuencia de este síntoma del 50,70% ($n = 36$). Al comparar las respuestas al cuestionario SF-36 de ambos grupos, observamos que las gestantes que

presentaban náuseas y vómitos tenían una importante afectación del rol físico, con una pérdida de 35,65 puntos ($p < 0,0001$). Del mismo modo, se encuentra afectación de la vitalidad (pérdida de 11,32 puntos; $p < 0,05$) y de la salud mental (pérdida de 10,66 puntos; $p < 0,05$) (fig. 3).

En el grupo II (gestaciones a término) estudiamos si el excesivo incremento de peso gestacional puede actuar como un factor modificador de la CVRS. Diferenciamos 2 subgrupos: subgrupo A, con incremento < 13 kg, y subgrupo B, con incremento ≥ 13 kg. El grupo B estaba formado por el 39,13% de las pacientes (media = 15,70 kg, rango = 13 a 20 kg.) Al comparar los cuestionarios de ambos subgrupos, sólo se observó una afectación del campo vitalidad, con una pérdida de 8,5 puntos (IC del 95%, 0,89 a 16,12; $p < 0,05$) (fig. 4).

DISCUSIÓN

El objetivo fundamental de nuestro estudio fue valorar si la gestación de riesgo bajo, sin ningún tipo de afección médica u obstétrica asociada, era

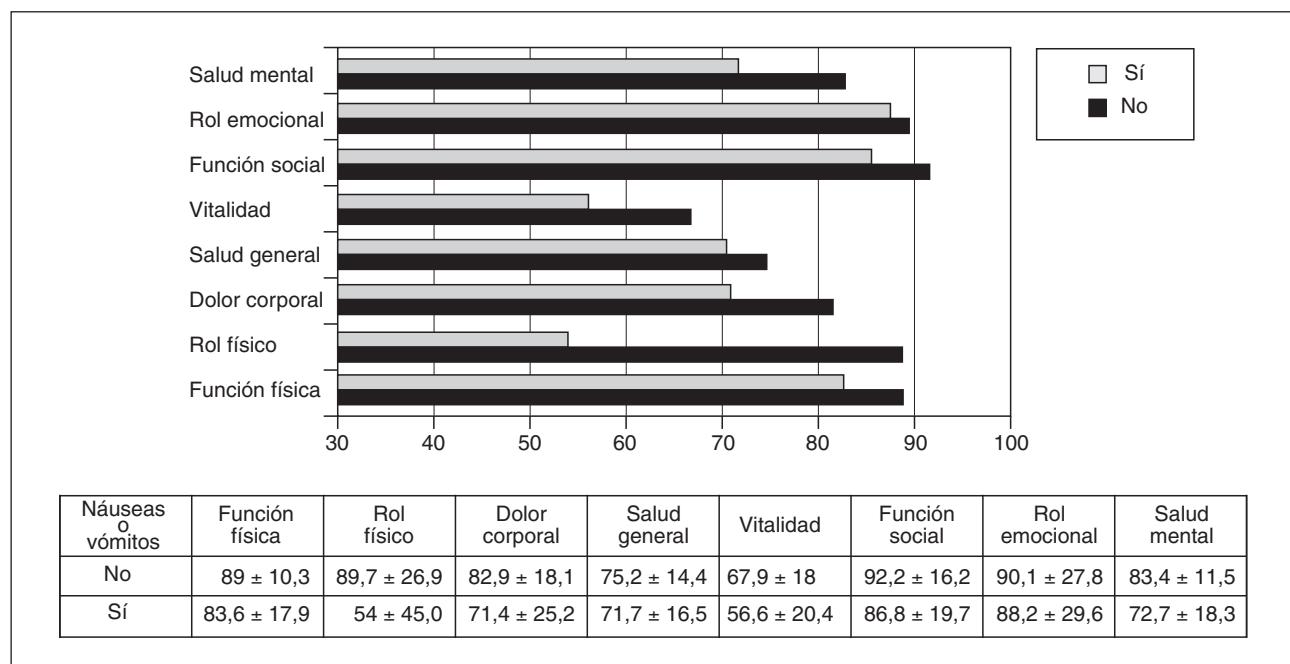


Figura 3. Valores (media ± desviación estándar) de las dimensiones del cuestionario SF-36 para pacientes del grupo I con/sin náuseas y vómitos.

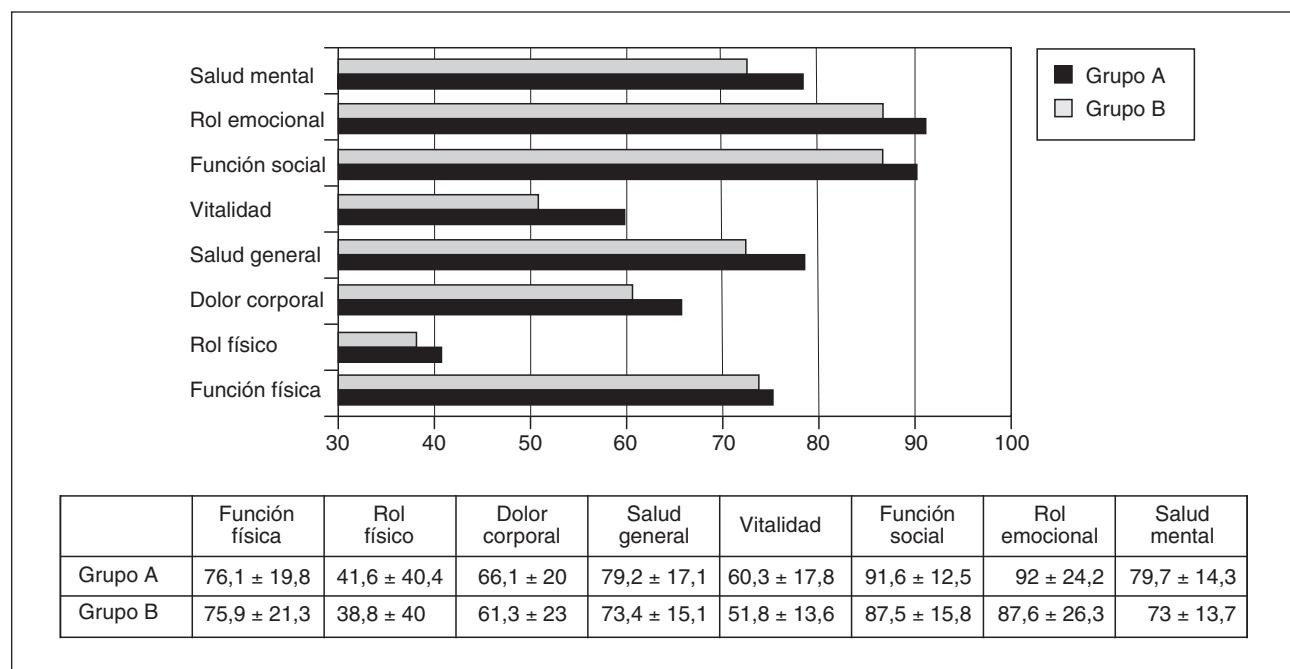


Figura 4. Comparación de las modificaciones en la calidad de vida relacionada con la salud de las gestantes a término según incremento de peso. Grupo A: gestaciones a término con incremento de peso < 13 kg; grupo B: gestaciones a término con incremento ≥ 13 kg (medias ± desviación estándar).

12 condicionante suficiente para alterar la percepción de salud estimada por la propia gestante y si la evolución cronológica del embarazo produce cambios detectables en la CVRS, medida mediante el cuestionario genérico SF-36. Los resultados obtenidos al aplicar el cuestionario SF-36 son evidentes. Al comparar el grupo de gestantes entre 12 y 16 semanas con los valores de referencia poblacional para la misma edad y sexo, observamos que nuestras embarazadas perciben una pérdida de calidad de vida y limitan el desarrollo de actividades físicas ligeras e intensas de la vida diaria (con significación estadística). Sin embargo, no se encontraron modificaciones en la función social o la salud mental. El cuestionario de salud S-36 está diseñado para valorar las tres dimensiones de la salud, física, psicológica y social, y es capaz de discriminar una pérdida de salud en la dimensión física de las embarazadas entre 12 y 16 semanas respecto a una muestra de referencia poblacional con las mismas características.

Los resultados son todavía más notables al comparar a las embarazadas a término (grupo II) con el grupo de gestaciones iniciales (grupo I); se observó una pérdida manifiesta en la CVRS en todas las dimensiones relacionadas con el sumario físico. El desarrollo de actividades físicas de la vida diaria (función física) decreció en 10,25 puntos, pero se apreció un impacto mayor en la capacidad de desarrollo de actividades físicas más intensas (rol físico) que decrece al final de la gestación en 30,55 puntos (las escalas del cuestionario SF-36 para cada dimensión varían entre 0 y 100 puntos), y lo mismo ocurre con el dolor corporal. Las 3 dimensiones, función física, rol físico y dolor corporal, mostraron una marcada significación estadística, es decir, la evolución cronológica de la gestación normal es capaz de alterar la percepción en la calidad de vida estimada por las gestantes, especialmente en el campo físico. No se observaron variaciones en las dimensiones que valoran el estado psíquico y social.

Finalmente, los índices sumario físico y mental aportan un modo fácil y sencillo de interpretar la información del cuestionario SF-36. En nuestra muestra, las gestantes a término obtuvieron puntuaciones más bajas, respecto a las gestantes del grupo I, en el sumario físico, con significación estadística, y no se observaron modificaciones en el sumario mental. En resumen, durante el avance cronológico de la gestación, con sus cambios fisiológicos específicos, se al-

terarán las funciones físicas pero no las psicológicas. En consecuencia, la percepción global de la calidad de vida se modifica.

Algunos autores⁷⁻⁹, que han estudiado en profundidad las propiedades métricas de cuestionario SF-36, definen un parámetro denominado «tamaño del efecto», que es un estimador de la magnitud del cambio observado (se calcula como la diferencia entre las medias de la dimensión dividida por la desviación estándar). El tamaño del efecto traduce los cambios a una unidad de medida que permite la comparación entre las diferentes medidas: 0,20 (cambio pequeño), 0,5 (cambio moderado) y 0,80 (cambio grande). En nuestra muestra advertimos que los cambios percibidos por las gestantes a término presentan el siguiente tamaño del efecto: función física 0,6 (moderado); rol físico 0,73 (moderado); dolor corporal 0,5 (moderado), y sumario físico 0,82 (grande).

Como objetivo secundario de nuestro estudio, planteamos si la presencia de algunos de los cambios fisiológicos del embarazo es capaz de modificar la autopercepción de la salud de nuestras gestantes. En el grupo formado por las gestantes con amenorrea comprendida entre 12 y 16 semanas, estudiamos como síntoma la presencia de náuseas y vómitos. La elección de este síntoma estuvo motivada por su frecuencia. Algunos autores la estiman entre el 50 y el 90%; nosotros encontramos un 50,70%. En la evaluación del cuestionario SF-36 de ambos grupos (con o sin náuseas y vómitos) hallamos: afectación del rol físico (capacidad para el desarrollo de actividades físicas moderadas/intensas), de la vitalidad (sentimiento de energía) y de la salud mental (autovaloración de la salud mental general, considerando la depresión, la ansiedad, el autocontrol y el bienestar general). Tradicionalmente, en la etiología de náuseas y vómitos del embarazo se han admitido factores psicológicos; en nuestro estudio, encontramos una alteración de la dimensión salud mental que valora el bienestar psíquico. En ninguno de los otros grupos o subgrupos estudiados de pacientes «no vomitadoras» se detectaron modificaciones en las dimensiones relacionadas con factores psíquicos o sociales.

Estudiamos si, en las gestaciones a término, el excesivo incremento de peso gestacional puede condicionar cambios en CVRS. Sólo encontramos significación estadística en la variable vitalidad. El

incremento ponderal gestacional excesivo no se asoció a cambios en las dimensiones física ni psíquica medidas con el cuestionario SF-36.

Nuestro estudio es novedoso, dado que no hemos hallado publicados estudios que analicen la satisfacción o calidad de vida en gestantes en nuestro país. Las referencias bibliográficas en la literatura científica internacional también son escasas. Hueston y Kasik-Miller¹⁰ analizaron una cohorte de 125 gestantes que autocompletaron el cuestionario SF-36 a intervalos regulares de 3 semanas desde la consulta preconcepcional hasta el parto. Sus resultados son similares a los nuestros; ellos han observado que las gestantes del tercer trimestre experimentan una disminución de la CVRS en las dimensiones físicas (función física, rol físico y dolor corporal; $p < 0,001$). Tampoco observaron diferencias en los ítems relacionados con las características psíquicas o sociales. Estos autores concluyen que la relativa estabilidad de los dominios emocionales del S-36 y los cambios previsibles en el funcionamiento físico durante el embarazo hacen del cuestionario SF-36 una herramienta útil para evaluar el estado funcional de la gestante.

McKee et al¹¹ estudiaron a 105 gestantes en el tercer trimestre, de nivel socioeconómico bajo, y las comparan con valores de referencia poblacional de mujeres de la misma edad no gestantes. Demostraron que el embarazo tiene efectos previsibles en la función física, incluida la vitalidad, pero no en el dominio emocional.

Otchet et al¹² estudiaron una cohorte de 253 gestantes y afirman que los dominios físicos están negativamente correlacionados con la edad gestacional, y sugieren que el embarazo es la única causa del cambio observado en la calidad de vida de las

gestantes. Ellos sostienen que las funciones afectadas durante la gestación se recuperan lentamente en el puerperio.

Otros autores^{13,14} han evaluado el impacto en la CVRS en gestaciones iniciales con síntomas depresivos. Las gestantes con síntomas depresivos presentaban una CVRS perceptiblemente más baja en todos los dominios del cuestionario SF-36. La identificación y el tratamiento de los síntomas depresivos en mujeres gestantes pueden mejorar su percepción de salud (nivel de evidencia II-2).

CONCLUSIONES

La gestación es una situación frecuente en la mujer en edad reproductiva; es sorprendente la escasez de publicaciones científicas sobre los cambios físicos y emocionales que ocurren típicamente durante el embarazo y modifican la percepción de salud. Es importante que el ginecólogo esté informado de los cambios en la calidad de vida que experimenta la mujer.

Las gestantes presentan una pérdida de las dimensiones físicas cuando se comparan con mujeres no gestantes; esta pérdida es más significativa al progresar la gestación. No se observan alteraciones en las dimensiones relacionadas con la función emocional o social.

Los síntomas propios de la gestación, como las náuseas y los vómitos, son capaces de alterar las funciones física y emocional.

Es relevante, en nuestro estudio, observar que el instrumento genérico SF-36 es un cuestionario que discrimina entre dos etapas de la gestación.

BIBLIOGRAFÍA

- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, n.º 2, p. 100).
- Shumaker S, Naughton M. The international assessment of health related quality of life: a theoretical perspective. En: Shumaker S, Berzon R, editors. The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis. Oxford: Rapid Communications; 1995.
- 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.
- McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-item short form health survey (SF- 36) II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1993;31:247-63.
- 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.

6. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente de la Hoz L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:410-6.
7. Guyatt G, Walter S, Norman G. Measuring change over time: assessing the usefulness of evaluative instruments. *J Chronic Dis*. 1987;40:171-8.
8. Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF. Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care*. 1989;27 Suppl 3:178-89.
9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
10. Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *J Fam Pract*. 1998;47:209-12.
11. McKee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol*. 2001;97:988-93.
12. Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? *Obstet Gynecol*. 1999;94:935-41.
13. Jomeen J, Martin CR. The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. *J Psychosom Res*. 2005;59:131-8.
14. Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2006;107: 798-806.