

Impacto de los motivos comunes de consulta en el sentimiento de vitalidad y en el rendimiento físico de personas mayores de 65 años

T. Sánchez Lasheras^a, N. Goñi Ruiz^a, M. Serrano-Martínez^{a,b}, P. Buil^a, A. Zabaleta^c, G. de Miguel^c, O. Beldarrain^c y J. Díez Espino^c

Objetivo. Medir 2 dimensiones funcionales (vitalidad y rol físico) implicadas en la calidad de vida de las personas > 65 años y conocer qué relación mantienen con los motivos de consulta más habituales.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Atención primaria.

Participantes. Muestra aleatoria de 179 pacientes > 65 años procedentes de 14 consultas de atención primaria de Navarra.

Métodos. Cuestionario de calidad de vida SF-36 y motivos de consulta más frecuentes. Se recogieron también datos demográficos, familiares y de prescripción continuada de fármacos.

Resultados. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: insomnio (31,8%), artrosis (48%) y síntomas miccionales (16,2%). Las mayores diferencias en las escalas del SF-36 se produjeron en los pacientes con insomnio. Se observaron asociaciones inversas de cada uno de los motivos de consulta indicados con las dimensiones vitalidad y rol físico en los modelos de regresión múltiple. La vitalidad se asoció con presencia de síntomas miccionales, con un coeficiente β ajustado de -11,2 puntos (intervalo de confianza [IC] del 95%, -18,6 a -3,7). El insomnio se asoció con descensos significativos de la vitalidad y el rol físico, con β de -7,7 puntos (IC del 95%, -13,9 a -1,5) y -10,3 puntos (IC del 95%, -19,1 a -1,6), respectivamente. Un comportamiento similar se obtuvo para los síntomas artrósicos.

Conclusiones. Las enfermedades o los síntomas más frecuentes que motivan consultas de atención primaria en > 65 años afectan significativamente a las dimensiones de la calidad de vida relacionadas con el desarrollo de una actividad diaria normal.

Palabras clave: Anciano. Calidad de vida. Artrosis. Insomnio. Incontinencia urinaria.

IMPACT OF COMMON REASONS FOR CONSULTATION ON THE FEELING OF VITALITY AND THE PHYSICAL PERFORMANCE OF THE OVER-65S

Objectives. To measure two functional dimensions (vitality and physical function) involved in the quality of life of the over-65s and to find what relationship they maintain with the commonest reasons for consultation.

Design. Cross-sectional, descriptive study.

Setting. Primary care.

Participants. Randomised sample of 179 patients over 65 from 14 primary care clinics in Navarra.

Methods. SF-36 quality-of-life questionnaire and most common reasons for consultation. Personal and family details and ongoing drug prescription were also recorded.

Results. The most common reasons for consultation were insomnia (31.8%), arthrosis (48%), and urinary symptoms (16.2%). The greatest differences in the SF-36 scales occurred in patients with insomnia. In the multiple regression models, inverse associations were found for each of the reasons for consultation with the vitality and physical function dimensions. Vitality was associated with urinary symptoms, with an adjusted beta coefficient of -11.2 points (95% CI, -18.6 to -3.7). Insomnia was associated with significant decline in vitality and physical function, with beta of -7.7 points (95% CI, -13.9 to -1.5) and -10.3 points (95% CI, -19.1 to -1.6), respectively. Arthrosis symptoms behaved in a similar way.

Conclusions. The most common pathologies or symptoms causing primary care consultations in the over-65s affect significantly the quality-of-life dimensions relating to the pursuit of normal daily life.

Key words: Elderly. Quality of life. Arthrosis. Insomnia. Urinary incontinence.

^aCentro de Salud de Azpilagaña. Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona. España. ^bUnidad de Epidemiología y Salud Pública. Universidad de Navarra. Pamplona. España. ^cCentro de Salud de Tafalla. Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Tafalla. España.

Correspondencia:
Manuel Serrano Martínez.
Centro de Salud de Azpilagaña.
Luis Morondo, 1. 31006
Pamplona. España.
Correo electrónico:
mserranm@cfnavarra.es

Manuscrito recibido el 10 de diciembre de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 29 de septiembre de 2004.

Introducción

En los últimos años, la población de nuestro país, al igual que la de otros países desarrollados, está experimentando un proceso de envejecimiento progresivo que se deriva, por un lado, de la disminución de la natalidad y de la mortalidad de la población, y por otro, de la mejora de la atención sociosanitaria¹. Este fenómeno se traduce en un aumento creciente de la demanda sanitaria por parte de personas de edad avanzada, tanto en la atención primaria en los centros de salud como en la asistencia especializada.

El impacto de la edad y determinadas enfermedades en los pacientes no puede ser medido únicamente mediante la cuantificación de parámetros clínicos objetivos². De esta idea se deduce la importancia de evaluar el estado de salud de los pacientes de forma global, y surge un área de investigación basada en el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud^{3,4}.

Además, los médicos de familia y las enfermeras de atención primaria deben basar su trabajo no sólo en el tratamiento y la prevención de determinadas enfermedades, sino que sería deseable que adecuaran su actividad asistencial a los resultados comunitarios en términos de calidad de vida^{4,5}. Este concepto, íntimamente relacionado con la percepción del sentimiento de salud, sería difícil de cuantificar si no se aplicaran escalas estandarizadas^{2,4,6-10}.

La mayor parte de la población > 65 años acude al centro de salud con síntomas de enfermedades crónicas ya consolidadas, o para control de factores de riesgo de posibles complicaciones. Todas estas situaciones afectan de algún modo al desarrollo de la vida diaria, dando lugar a limitaciones en la vida personal o a dificultades para el mantenimiento de una adecuada relación familiar y social. Varios trabajos de investigación han analizado la calidad de vida de las personas de edad avanzada, aunque la influencia de la edad en la calidad de vida está modulada por la coexistencia de situaciones clínicas concretas¹¹⁻¹⁴. El cuestionario de salud Short Form 36 (SF-36) ha sido traducido al castellano y validado en España⁸. Contiene 36 preguntas que recogen 8 dimensiones del estado de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental (tabla 1). El SF-36 está admitido para la cuantificación de los diversos aspectos físicos o psicológicos evaluables en investigaciones relacionadas con la calidad de vida^{8,15,16}. Sin embargo, su uso en nuestro país hasta la actualidad se ha limitado principalmente a evaluaciones de la calidad de vida de personas mayores en relación con valoraciones integrales de la salud o de uso de servicios de asistencia a ancianos^{14,17}.

Los aspectos de la vida humana evaluados por el SF-36 pueden alterarse en condiciones en las que la persona

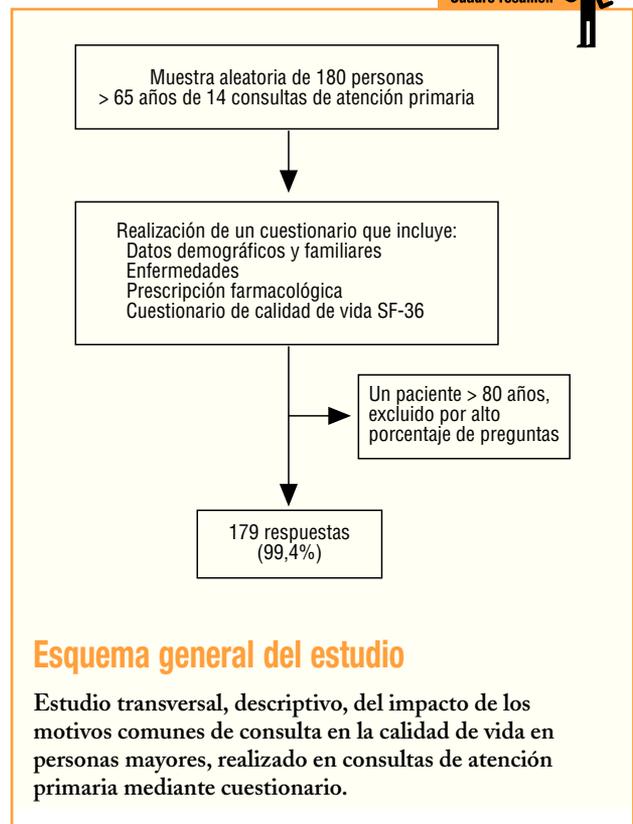
pierde grados de autonomía en relación con su bienestar como individuo, o en relación con la capacidad de mantener una comunicación normal con su entorno familiar o social.

El objetivo del estudio ha sido valorar la influencia de los motivos más frecuentes de consulta en el ámbito de atención primaria sobre el sentimiento personal de energía en la vida diaria frente al sentimiento de abatimiento y astenia (vitalidad), y objetivar si dichos motivos de consulta condicionan una limitación subjetiva para la realización de actividades físicas habituales (rol físico) en las personas de edad avanzada.

Participantes y métodos

Se realizó un estudio descriptivo sobre una muestra aleatoria de las personas > 65 años pertenecientes a 14 consultas de 2 centros de atención primaria de Navarra: uno urbano y uno semiurbano, en el período de julio a septiembre del año 2002. Con el fin de que la distribución de edades fuera homogénea en cada una de ellas, se eligió igual número de personas de las franjas etarias de 65-69, 70-80 y > 80 años, de modo que un tercio de los pacientes perteneciera a cada una de estas franjas de edad. Se excluyó del estudio a las personas institucionalizadas, encamadas la mayor parte del día y a las diagnosticadas de demencia o enfermedades con graves déficit sensoriales que dificultaran la comunicación. Los pacientes que rehusaron participar fueron

Material y métodos
Cuadro resumen



sustituidos por la siguiente persona del mismo sexo del listado de cada grupo de edad. Finalmente, se evaluó a 179 pacientes (un paciente > 80 años fue excluido después de realizar la entrevista porque faltaba un importante porcentaje de datos en las respuestas). La recogida de datos del resto de los pacientes fue completa.

El estudio consistió en una entrevista telefónica del cuestionario de calidad de vida SF-36, así como la recogida de datos demográficos y familiares. Las entrevistas fueron realizadas por médicos, y en el caso de que hubiera dificultad de comprensión por parte del paciente, éste fue citado para la realización del cuestionario en el centro de salud mediante una entrevista personal (21 pacientes). Se recogieron los motivos de consulta y las medicaciones prescritas en los últimos 2 años a partir de los datos anotados en la historia clínica informatizada. De éstos, se seleccionaron los referentes a 10 entidades clínicas: hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, antecedente de ictus o de isquemia cerebral transitoria, antecedente de infarto de miocardio o angina de pecho, insomnio, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), artrosis y alteraciones miccionales (incontinencia/obstrucción). El diagnóstico de cada entidad clínica requirió el cumplimiento de los criterios clínicos habituales.

Las puntuaciones superiores en el cuestionario SF-36 indican, para cada una de las dimensiones, una mejor percepción de calidad de vida. Cada dimensión del cuestionario fue evaluada mediante la codificación indicada en el Manual de Puntuaciones de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36.

Con la información obtenida del cuestionario y de las variables sociodemográficas y clínicas se realizó un análisis estadístico en el que, mediante una prueba de Kruskal-Wallis, se comparó la puntuación de cada dimensión del SF-36 en presencia de insomnio, artrosis y síntomas miccionales. Se investigó la asociación de dichas enfermedades con las dimensiones rol físico y vitalidad mediante modelos de regresión múltiple ajustados por edad, sexo, estado civil y por la presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, EPOC, obesidad, ictus/isquemia cerebral transitoria, infarto agudo de miocardio/angina de pecho e insuficiencia cardíaca.

Resultados

De los 179 pacientes analizados, 100 eran mujeres (55,9%). El 57% de los sujetos estaban casados y el 43% estaban solteros o viudos. La prevalencia de las entidades clínicas consideradas en el estudio se expone en la tabla 2. Aparte de la hipertensión arterial, cuyo seguimiento está ligado a un elevado número de visitas al centro de salud, las entidades clínicas con mayor representación en los 3 grupos de edad fueron el insomnio (31,8%), la artrosis (48%) y las molestias miccionales persistentes (incontinencia/obstrucción) (16,2%). Estas últimas se encuentran representadas de modo similar en mujeres (17,7%) y varones (15%), mientras que el insomnio es más frecuente en mujeres (39 frente al 22,8%). El diagnóstico de artrosis también es más frecuente en mujeres (57 frente al 36,7%). La evaluación posterior de las diferentes dimensiones del

TABLA 1 Conceptos del cuestionario de salud del SF-36 y resumen del contenido de cada uno de ellos

Conceptos	Resumen del contenido
Función física	Grado en el que la salud limita las actividades físicas, como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados o intensos
Rol físico	Grado en el que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, entre las que se incluyen el rendimiento menor al deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades
Dolor corporal	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el domicilio
Salud general	Valoración personal de la salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento
Función social	Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, que incluye la reducción del tiempo dedicado a estas actividades, el rendimiento menor al deseado y la disminución del esmero en el trabajo
Salud mental	Salud mental general, que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el bienestar general

Tomada de Davies¹.

TABLA 2 Porcentaje de pacientes de cada categoría distribuidos por grupo de edad

	65-69 años	70-80 años	> 80 años	Total
Mujeres	51,7	54,1	65	55,9
Hombres	48,3	45,9	35	44,1
Casados	77,6	55,7	38,3	57
Entidades clínicas				
Hipertensos	46,6	45,9	61,7	51,4
Diabéticos	13,8	6,6	15	11,7
EPOC	1,7	3,3	5	3,4
Obesos	32,8	19,7	20	24
ACV/TIA	5,2	3,3	10	6,1
IAM/angina	6,9	14,8	13,3	11,7
ICC	3,4	16,4	8,3	9,5
Insomnio	29,3	32,8	33,3	31,8
Artrosis	48,3	49,2	46,7	48
Síntomas miccionales	13,8	14,8	20	16,2

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ACV/TIA: ictus o isquemia cerebral transitoria; IAM/angina: infarto agudo de miocardio o clínica de angina de pecho; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva.

cuestionario SF-36 fue dirigida a estos 3 tipos de entidades clínicas registrados en la historia informatizada (insomnio, artrosis y síntomas miccionales).

TABLA 3 Puntuaciones obtenidas en las 8 dimensiones del cuestionario de salud SF-36

	Media	Desviación estándar	Pacientes con puntuación máxima (%)	Pacientes con puntuación mínima
Función física	71,8	28,3	11,7	3,4
Rol físico	87,2	27,8	78,8	5
Dolor corporal	75,8	25,7	30,7	0,6
Salud general	61,8	18,4	0,6	1,1
Vitalidad	71,4	19,6	6,7	0,6
Función social	86,4	22,8	60,3	1,7
Rol emocional	87,1	30,0	82,1	7,8
Salud mental	73,1	17,7	6,1	0,6

En todas las dimensiones las puntuaciones mínima y máxima fueron 0 y 100, respectivamente.

TABLA 4 Diferencias en la prueba de Kruskal-Wallis en las dimensiones del SF-36 debidas a la presencia de coenfermedades

	Insomnio	Artrosis	Síntomas miccionales
	p	p	p
Función física	NS	< 0,01	< 0,05
Rol físico	< 0,001	< 0,01	NS
Dolor corporal	NS	< 0,001	NS
Salud general	< 0,01	< 0,001	< 0,05
Vitalidad	< 0,01	< 0,001	< 0,001
Función social	< 0,05	< 0,05	NS
Rol emocional	< 0,01	NS	NS
Salud mental	< 0,05	< 0,01	NS

NS: no significativo.

Los valores medios, las desviaciones estándar y el porcentaje de personas que presentaba puntuaciones mínimas y máximas de las 8 dimensiones se exponen en la tabla 3. En el conjunto de la muestra estudiada se observa una elevada puntuación en el rol físico (87,2 ± 27,8 puntos), la función social (86,4 ± 22,8 puntos) y el rol emocional (87,1 ± 30 puntos), mientras que el sentimiento de salud general presenta una evaluación bastante baja en conjunto (61,8 ± 18,4 puntos). El análisis de las diferencias en cada una de las escalas debidas a la presencia de insomnio, artrosis o síntomas miccionales se presenta en la tabla 4. Aparentemente, las dimensiones afectadas con mayor intensidad por los 3 diagnósticos estudiados son vitalidad y salud general, mientras que las dimensiones emocionales están más alteradas en el grupo de pacientes con insomnio. La dimensión dolor corporal está especialmente presente en los enfermos con diagnóstico de artrosis, cuya presencia parece justificar, además, diferencias significativas en la función física, la función social y la salud mental.

TABLA 5 Análisis de regresión múltiple de las enfermedades comunes en las personas > 65 años en la consulta de atención primaria, con la dimensión vitalidad del SF-36 como variable dependiente

	β	IC del 95%
Insomnio ^a	-7,7	-13,9 a -1,5
Insomnio ^b	-5,6	-11,7 a 0,5
Artrosis ^a	-9,1	-14,9 a -3,3
Artrosis ^b	-7,2	-12,9 a -1,5
Síntomas miccionales ^a	-13,2	-20,8 a -5,6
Síntomas miccionales ^b	-11,2	-18,6 a -3,7

IC: intervalo de confianza.

^aAjustado por edad y sexo. ^bAjustado, además, por estado civil, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad, ictus/isquemia cerebral transitoria, infarto agudo de miocardio/angina de pecho, insuficiencia cardíaca y los otros 2 diagnósticos: para el modelo de insomnio, artrosis y síntomas miccionales; para el de artrosis, insomnio y síntomas miccionales; y para síntomas miccionales, insomnio y artrosis.

El estudio de correlaciones bivariadas mostró que la única dimensión del cuestionario que se correlacionaba con la edad era la función física, con una $r = -0,407$ ($p < 0,0001$), mientras que el resto de las dimensiones no mostraba valores estadísticamente significativos.

Con objeto de analizar la asociación entre las entidades clínicas mencionadas y las variaciones en las dimensiones de vitalidad y rol físico se ajustaron modelos de regresión múltiple con estas dimensiones del SF-36 como variables dependientes, que se detallan en las tablas 5 y 6.

La presencia de insomnio, tras el ajuste estadístico por edad y sexo, justificó descensos significativos, de 7,7 puntos (intervalo de confianza [IC] del 95%, -13,9 a -1,5 puntos), en el sentimiento de vitalidad, y de 10,3 puntos

TABLA 6 Análisis de regresión múltiple de las enfermedades comunes en las personas > 65 años en la consulta de atención primaria, con la dimensión rol físico del SF-36 como variable dependiente

	β	IC del 95%
Insomnio ^a	-10,3	-19,1 a -1,6
Insomnio ^b	-8,6	-17,6 a 0,4
Artrosis ^a	-8,2	-16,4 a 0,03
Artrosis ^b	-7,5	-16 a 1
Síntomas miccionales ^a	-0,1	-11,1 a 11
Síntomas miccionales ^b	1,7	-7,9 a 6,2

IC: intervalo de confianza.

^aAjustado por edad y sexo. ^bAjustado, además, por estado civil, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad, ictus/isquemia cerebral transitoria, infarto agudo de miocardio/angina de pecho, insuficiencia cardíaca y los otros 2 diagnósticos: para el modelo de insomnio, artrosis y síntomas miccionales; para el de artrosis, insomnio y síntomas miccionales; y para síntomas miccionales, insomnio y artrosis.

(IC del 95%, -19,1 a -1,6) en el rol físico. El ajuste por el resto de las enfermedades recogidas en el cuestionario mantuvo la asociación inversa, aunque cuantitativamente menor, sin alcanzar la significación estadística.

La artrosis, en un modelo ajustado por edad y sexo, justificó un descenso de 9,1 puntos (IC del 95%, -14,9 a -3,3) en la vitalidad, cuya significación se mantuvo tras el ajuste por el estado civil y el resto de los diagnósticos ($\beta = -7,2$; IC del 95%, -12,9 a -1,5). Entre el rol físico y la artrosis se encontró una asociación inversa similar, si bien se mantuvo marginalmente significativa al ajustar por edad y sexo ($\beta = -8,2$; IC del 95%, -16,4 a 0,03) y fue de menor entidad al ajustar por el resto de las variables independientes.

Los síntomas miccionales mostraron resultados dispares en las medidas de asociación en ambas dimensiones (vitalidad y rol físico). Mientras que en los modelos en los que se examinó la vitalidad como variable dependiente, ajustados por edad, sexo, estado civil y el resto de los diagnósticos, las medidas de asociación inversa fueron claras ($\beta = -11,2$; IC del 95%, -18,6 a -3,7), el rol físico no presentó ninguna asociación aparente en un modelo idéntico. Debido a que los síntomas miccionales crónicos pueden presentar una cualidad diferente en ambos sexos, adicionalmente se ajustaron modelos en cada uno de los estratos definidos por el sexo, sin que se encontrara ninguna diferencia con los resultados del análisis de toda la muestra.

Para valorar la influencia de las prescripciones recibidas se ajustaron los modelos, además de por edad y sexo, por la prescripción de hipnóticos, analgésicos y absorbentes de orina. Se produjeron pérdidas en la significación de la asociación inversa del insomnio con la vitalidad al ajustar por el tratamiento con hipnóticos o antidepresivos (β ajustada = -6,6; IC del 95%, -14,1 a 0,8). Igualmente, se produjo una pérdida en la significación de la asociación de la artrosis con rol físico al ajustar, además, por la prescripción de medicación analgésica (β ajustada = -7,1; IC del 95%, -15,6 a 1,5). Sólo en el grupo de mujeres se produjeron cambios que neutralizaron la asociación inversa significativa de esos síntomas con la vitalidad al ajustar por el uso de absorbentes de orina.

Discusión

El cuestionario de salud SF-36 es una base de investigación reconocida para la evaluación cuantitativa de la auto-percepción de la salud relacionada con las enfermedades crónicas en la población general y para la valoración geriátrica integral¹⁸⁻²¹.

En esta investigación se ha analizado la influencia de las entidades clínicas más frecuentes en las personas mayores sobre 2 facetas de la salud relacionadas con el rendimiento personal en la vida diaria. Si bien las 8 dimensiones que mide el SF-36 definen problemas relacionados con la disminución del sentimiento de autovalía, se han analizado

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- El impacto de la edad y determinadas enfermedades en la población debe ser valorado en datos clínicos objetivos y en términos de calidad de vida.
- El envejecimiento actual de la población supone un aumento creciente de la demanda sanitaria por parte de las personas de edad avanzada.

Qué aporta este estudio

- Las entidades clínicas que ocasionan más motivos de consulta en atención primaria, en personas > 65 años, además del control de la hipertensión arterial, parecen ser la artrosis, las alteraciones del sueño y los problemas miccionales.
- Las enfermedades más frecuentes que motivan consultas de atención primaria en la muestra analizada afectan significativamente a las dimensiones de la calidad de vida relacionadas con el desarrollo de una actividad diaria normal: rol físico y vitalidad.

las 2 (vitalidad y rol físico) que pueden interferir con el desarrollo normal de la vida diaria en una persona de edad avanzada y que, a su vez, mostraban mayores diferencias en el análisis previo con la prueba de Kruskal-Wallis relacionadas con el insomnio, la artrosis y los síntomas miccionales.

En esta investigación se han analizado las variaciones en la escala de rol físico en lugar de la de función física porque en la primera de estas 2 dimensiones de calidad de vida se mide la capacidad autopercebida de realizar las actividades normales de la vida diaria, incluidas las tareas domésticas y otras no exclusivamente laborales, mientras que en la segunda, que a su vez está más directamente relacionada con la edad, se valora más la capacidad de mantener autonomía en actividades más básicas, como el autocuidado o la realización de esfuerzos. Entre las dimensiones emocionales del SF-36, la que guarda relación con las actividades diarias que valoran el rol físico es el sentimiento de vitalidad. Por lo tanto, los resultados de este trabajo pueden ofrecer una aproximación al problema de determinar el grado en que los diagnósticos más frecuentes en las personas > 65 años interfieren con las actividades físicas habituales de la vida diaria.

Otros autores han descrito también una mayor afectación del físico en relación con enfermedades que alteran persis-

tentemente la salud, aunque su estudio fue realizado sin tener en cuenta las limitaciones de la edad¹¹. En pacientes chinos, la edad no sólo afecta a la función física, sino también al rol físico y a la percepción de dolor corporal²².

Tanto la vitalidad como el rol físico se encontraron inversamente asociados con la presencia de insomnio, incluso después de ajustar por el resto de enfermedades registradas. Sin embargo, la significación de la asociación fue marginal en el modelo plenamente ajustado. En las historias clínicas analizadas constaba el diagnóstico de ansiedad/depresión en un 15,1% de los pacientes estudiados. Sin embargo, al no haberse realizado o registrado la base cuantitativa diagnóstica en alguna de las escalas reconocidas, no se tuvo en cuenta este diagnóstico a pesar de la reconocida influencia que ejerce en la autopercepción de la salud^{12,23,24}. Se consideraron sólo los diagnósticos de insomnio, que en la mayor parte de las ocasiones se encuentran relacionados con los anteriores y que también han sido objeto de análisis relacionados con las evaluaciones cuantitativas en cuestionarios de salud^{13,16}. La alteración de la calidad de vida causada por las alteraciones del sueño afecta a la mayor parte de las dimensiones del SF-36, no sólo a las relacionadas con la salud mental, sino también a las escalas funcionales, como hemos encontrado en nuestros pacientes²⁵. En algunos trabajos se señala que la medicación psicotrópica en personas ancianas con ansiedad, depresión o insomnio incluso empeora la autopercepción de salud¹⁷, o no se observa ninguna influencia²⁶. En esta investigación se ha encontrado un efecto similar al descrito por otros autores, de modo que al eliminar el efecto del tratamiento, al ajustar por medicación antidepressiva o hipnótica, la asociación inversa entre vitalidad e insomnio se pierde. Esto quiere decir que, al menos en parte, la asociación negativa entre insomnio y vitalidad es debida a la medicación. Es probable que este efecto sea debido a los posibles efectos adversos del tratamiento o al hecho de que se trate farmacológicamente a las personas más afectadas por el insomnio. En las historias clínicas no había menciones uniformes respecto a la cuantificación del insomnio en severo, medio o ligero, lo que probablemente hubiera sido interesante²⁷ aunque su consideración hubiera sobrepasado el propósito de este estudio.

A veces, el insomnio puede comportarse como un síntoma oculto, ya que no siempre es comunicado de manera espontánea por los pacientes en la consulta. La inclusión únicamente de los episodios anotados en la historia clínica puede alterar los resultados reales de la variación de la calidad de vida asociada con dicho síntoma, aumentándolos o minimizándolos. Sería interesante realizar un estudio complementario en el que se analizara específicamente la presencia de la alteración del sueño en relación con la calidad de vida. Sin embargo, debido a los resultados de otros estudios, se puede considerar que los referidos en este trabajo se ajustan a la realidad. Su investigación específica en las consultas de atención primaria en personas de edad permitiría intervenir apropiadamente realizando cambios en los hábitos y ade-

cuar el uso de la medicación sólo a los casos necesarios.

Respecto a la presencia de artrosis, hay amplio consenso en cuanto a que la presencia de dicha enfermedad se asocia con alteraciones en las distintas esferas, funcionales o emocionales, de la calidad de vida, como se ha encontrado en este trabajo, específicamente por la aparición del dolor y de la dificultad para los movimientos necesarios en la realización de una vida funcionalmente normal^{11,12,28}. Es posible que se observen peores índices de calidad de vida asociada a dolor articular en pacientes obesos o con sobrepeso. En nuestro país se han publicado resultados de calidad de vida asociada con la obesidad, aunque no se incluyeron la artrosis o el dolor articular en los ajustes de la regresión logística por la que se definía la asociación del índice de masa corporal con empeoramiento de las dimensiones funcionales de la calidad de vida²⁹.

En el presente trabajo, el ajuste por las coenfermedades registradas, entre las que se encuentra la obesidad, no cambia de modo apreciable la asociación inversa de vitalidad o rol físico con diagnóstico de artrosis.

Resulta interesante el cambio del estadístico de la asociación al ajustar por la medicación analgésica recibida al modelo en el que la variable dependiente es rol físico. Al eliminar de los modelos estadísticos la influencia de la medicación por el ajuste estadístico, se pierde la asociación significativa. Este fenómeno podría explicarse por el hecho de que la medicación probablemente sea prescrita en personas con mayor dolor o limitación y que, por lo tanto, presentan peor calidad de vida, o por el hecho de que la prescripción analgésica no implique la total desaparición de la sintomatología dolorosa.

La presencia de síntomas miccionales, específicamente la incontinencia en mujeres, ha sido objeto de estudios de calidad de vida^{22,28}. En nuestro trabajo, con la idea de valorarla de manera conjunta entre ambos sexos, hemos incluido un término más genérico de síntomas miccionales, aunque su entidad es distinta en varones y mujeres. Curiosamente, en los modelos de regresión múltiple con el rol físico como variable dependiente no se observa ninguna asociación, pero la presencia de este síntoma afecta de manera predominante al sentimiento de energía personal que define la dimensión vitalidad, que se encuentra íntimamente asociada de modo negativo con la persistencia de síntomas miccionales incluso después de ajustar por la edad, el sexo y todas las coenfermedades registradas en el estudio. En el grupo de mujeres, el uso de absorbentes de orina hace desaparecer la significación de la asociación. Este efecto es debido, muy probablemente, a que estas prescripciones se realizan en mujeres en las que la pérdida involuntaria de orina alcanza un mayor grado y, además, a que el uso de los absorbentes no alivia el sentimiento de falta de control y de incomodidad.

Este trabajo no ha recogido ninguna variable indicativa de datos socioeconómicos de cada paciente, lo que se ha demostrado que guarda relación con las puntuaciones de las dimensiones funcionales de la calidad de vida²¹. Tampoco

se han incluido variables personales, laborales o sociales que pudieran ejercer un papel modulador de los efectos de las entidades clínicas analizadas. Muchos de ellos son difícilmente cuantificables y objetivables. La dimensión de la historia vital no es evaluable, aunque puede justificar gran parte de los hallazgos descritos. Por otra parte, la generalización del uso del programa informático puede presentar diferencias en el registro de los motivos de consulta, de modo que entre profesionales se produzcan diferencias que hayan influido en los resultados.

En conjunto, se puede sugerir que las 3 causas más frecuentes de la consulta de atención primaria en personas > 65 años, el insomnio, la artrosis y los síntomas miccionales, son determinantes en la percepción de una menor capacidad para mantener una actividad diaria normal. Los tratamientos específicos usados no ejercen un efecto neutralizante de esta asociación inversa, lo que podría deberse a que no llegan a ser eficaces o a que se prescriben a personas en las que la calidad de vida está más alterada a causa de los diagnósticos considerados.

Finalmente, hay que considerar que el trastorno autopercebido para el desarrollo normal de las actividades diarias puede ser un condicionante para el desarrollo de situaciones de dependencia y, por lo tanto, es una dimensión que convendría evaluar para prevenir las incapacidades futuras en las personas de edad avanzada.

Bibliografía

- Davies AM. Epidemiology and the challenge of ageing. *Int J Epidemiol.* 1985;14:9-19.
- Prieto L, Badía X. Cuestionarios de salud: concepto y metodología. *Aten Primaria.* 2001;28:201-9.
- Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa Jr, Abanades JK, García N, Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:683-99.
- Ybarzabal M, Mateos R, García MJ, Amboage MT, Fraguera I. Validación de la versión española del CANE. Escala de Evaluación de Necesidades para Ancianos de Camberwell. *Rev Psico-geriatria.* 2002;2:38-44.
- Stuck A, Egger M, Hammer A, Minder Christoph E, Beck J. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. *JAMA.* 2002;287:1022-8.
- Badía X, Roset M, Monserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc).* 1999;112 Supl 1:79-86.
- Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas CO-OP/WONCA. *Aten Primaria.* 2002;29:378-84.
- 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).* 1995; 104:771-6.
- Badía X, Baró E. Cuestionarios de salud en España y su uso en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001;28:349-56.
- Ruiz MA, Baca E. Design and validation of the quality of life questionnaire: a generic health-related perceived quality of life instrument. *Eur J Psychol Assess.* 1993;9:19-32.
- Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. *Qual Life Res.* 2001;10:141-8.
- Lam CL, Lauder IJ. The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of chinese patients in primary care. *Fam Pract.* 2000;17:159-66.
- Schebert CR, Criuckshanks KJ, Dalton DS, Klein BE, Klein R, Nondahl DM. Prevalence of sleep problems and quality of life in an older population. *Sleep.* 2002;25:889-93.
- Casado JM, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001;28:167-74.
- Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36. *Med Clin (Barc).* 1998;111:410-6.
- Shmueli A. The SF-36 profile and health-related quality of life: an interpretative analysis. *Qual Life Res* 1998;7:187-95.
- Stein MB, Barrett-Connor E. Quality of life in older adults receiving medications for anxiety, depression, or insomnia: findings from a community-based study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2002;10:568-74.
- Lyons RA, Lo SV, Littlepage BN. Comparative health status on patients with common illnesses in Wales. *J Epidemiol Community Health.* 1994;48:388-90.
- Standnyk K, Calder J, Rockwool K. Testing the measurement properties of the short form SF-36 health survey in a frail elderly population. *J Clin Epidemiol.* 1998;51:827-35.
- Grimby A, Wiklund I. Health-related quality of life in old age. A study among 76-year-old Swedish urban citizens. *Scand J Soc Med.* 1994;22:7-14.
- Bayó J, Fernández-Aramburu MC, Orfila F, Dalfo F, Casajuana J, Vila MA. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. *Aten Primaria.* 1996:273-80.
- Ho-Yin PL, Man-Wah P, Shing-Kai Y. Effects of ageing on generic SF-36 quality of life measurements in Hong Kong chinese women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:275-9.
- Upadhyaya AK, Lyness JM, Cox C, Seidlitz L, Caine ED. Anxiety and functional status in older primary care patients. *Int J Psychiatry Med.* 2000;30:221-8.
- Sinclair PA, Lyness JM, King DA, Cox C, Caine ED. Depression and self-reported health status in older primary care patients. *Am J Psychiatry.* 2001;158:416-9.
- Van Manen JG, Bindels PJ, Dekker EW, Ljzermans CJ, Bottema BJ, Van der Zee JS, et al. Added value of co-morbidity in predicting health-related quality of life in COPD patients. *Respir Med.* 2001;95:496-504.
- Zammit GK, Weiner J, Damato N, Sillup GP, McMillan CA. Quality of life in people with insomnia. *Sleep.* 1999;22 Suppl 2:S379-85.
- Leger D, Scheuermaier K, Philip P, Paillard M, Guilleminault C. *Psychosom Med.* 2001;63:49-55.
- Hill CL, Parsons J, Taylor A, Leach G. Health-related quality of life in a population sample with arthritis. *J Rheumatol.* 1999;26:2029-35.
- López-García E, Fanegas-Fanegas JR, Gutiérrez-Fisac JL, Pérez-Regadera AG, Ganán LD, Rodríguez-Artalejo F. *Inf J Obes Relat Metab Disord.* 2003;27:701-9.