



ORIGINAL/Sección Clínica

## La calidad de vida en ancianos polimedicados con multimorbilidad



José Cesáreo Naveiro-Rilo\*, Dulcinea Díez-Juárez, M. Lourdes Flores-Zurutuza, Patricia Javierre Pérez, Cristina Alberte Pérez y Ruth Molina Mazo

Gerencia de Atención Primaria, León, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 19 de julio de 2013

Aceptado el 2 de octubre de 2013

On-line el 14 de febrero de 2014

#### Palabras clave:

Calidad de vida relacionada con la salud  
Anciano polimedicado  
Multimorbilidad

### R E S U M E N

**Objetivos:** Estimar los valores de las dimensiones de la calidad de vida mediante el cuestionario SF-12 en ancianos polimedicados con multimorbilidad e identificar variables asociadas.

**Material y métodos:** Estudio transversal en una muestra de 393 enfermos elegidos en la población de mayores de 67 años que tomaban más de 5 medicamentos. El SF-12 se cumplimentó mediante entrevista personal en la consulta o en el domicilio del enfermo. Se calcularon medidas de tendencia central, dispersión y percentiles de las 8 dimensiones y de los componentes sumario físico y mental (CSF y CSM). Todos los enfermos por debajo del percentil 25 de los CSF y CSM fueron clasificados como enfermos con deterioro; mediante la regresión logística se determinaron qué variables se asocian con el deterioro de la calidad de vida.

**Resultados:** Es una población con alta morbilidad. Los sujetos refieren puntuaciones muy bajas en las escalas salud general –media (DE): 25,7 (17,4)–; función física –32,6 (32,1)–; y CSF –37,8 (25,1)–. Las mujeres tienen en todas las escalas peor calidad de vida que los hombres. El sexo femenino, tener más 80 años, caídas frecuentes, dolor crónico, enfermedad cancerosa y depresión son las condiciones asociadas al deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

**Conclusión:** Esta población tiene una mala CVRS sobre todo en las dimensiones físicas. El dolor crónico y la depresión junto con la edad y el sexo femenino son variables determinantes del deterioro de la CVRS.

© 2013 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Quality of life in the elderly on polymedication and with multiple morbidities

#### A B S T R A C T

**Objectives:** To estimate the values of the quality of life dimensions using the SF-12 questionnaire in the elderly on polymedication and with multiple morbidities, and identify the variables associated with it.

**Material and methods:** A cross-sectional study on a sample of 393 patients selected from the elderly population over 67 years and who took more than 5 drugs. The SF-12 was complemented by a personal interview in the clinic or in the home of the patient. Central tendency, dispersion, and the percentiles of the 8 dimensions were calculated, as well as the SF-36 physical and mental component summary measures (PCS and MCS). All patients below the 25th percentile of the PCS and MCS were classified as patients with a deterioration. Logistic regression was used to determine the variables that were associated with the deterioration in the quality of life.

**Results:** It is a population with high morbidity. The subjects showed very low scores on the general health scales –mean (SD): 25.7 (17.4)–; physical function –32.6 (32.1)–; and PCS: [(37.8 (25.1)]. Women had a worse quality of life than men in all the scales. Female sex, being over 80 years, frequent falls, chronic pain, cancerous disease, and depression, are variables that determine the health-related quality of life (HR-QoL).

**Conclusion:** This population has a poor HR-QoL, particularly in the physical dimensions. Chronic pain and depression, together with age and being female are variables that determine the deterioration in the HR-QoL.

© 2013 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

#### Keywords:

Health-related quality of life  
Elderly on polymedication  
Multiple morbidity

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jnaveiro@saludcastillayleon.es](mailto:jnaveiro@saludcastillayleon.es) (J.C. Naveiro-Rilo).

## Introducción

Las complicaciones derivadas de una medicación inadecuada en personas ancianas, que padecen múltiples enfermedades, constituyen un problema de salud por su repercusión en la morbilidad, la calidad de vida (CV) y la utilización indebida de los recursos sanitarios<sup>1</sup>.

El uso de medicamentos en esta población se ha incrementado al ritmo que aumentan las interacciones y las hospitalizaciones secundarias a problemas relacionados con los medicamentos<sup>2</sup>. Muchos ancianos, como consecuencia de sus enfermedades, pero también por los efectos adversos de la medicación, presentan dificultades para realizar sus actividades diarias y pérdida progresiva de la autonomía, lo que conduce a un empeoramiento de la calidad de vida. En ciertas situaciones, los ancianos otorgan mayor importancia a la CV que a la propia duración de la misma, también limitada por el propio curso de sus enfermedades<sup>3</sup>.

En cualquier actividad sanitaria, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un objetivo tan importante como la disminución de ingresos hospitalarios o incluso de la mortalidad, y a su vez, la disminución de la CV se asocia con una mayor frecuencia de hospitalizaciones y con más mortalidad<sup>4</sup>. La CVRS expresa la manera en que las personas experimentan su bienestar mental, físico y la satisfacción con su vida cotidiana<sup>5</sup>; refleja el efecto de una determinada enfermedad o tratamiento sobre la vida de un individuo desde su perspectiva personal, que incluye los síntomas así como el funcionamiento físico y social<sup>6</sup>.

Esta posición humanista cobra valor en la investigación clínica, en contraposición con la tendencia positivista de fundamentar la buena práctica clínica en resultados cuantitativos o datos biométricos aportados por las pruebas de laboratorio. Los indicadores de calidad de vida son fundamentales para evaluar las distintas tecnologías sanitarias tanto en la prevención como en el tratamiento, ayudarán a conocer el valor social de las diferentes opciones sanitarias disponibles y facilitarán la selección de las más eficientes<sup>7</sup>.

Teniendo en cuenta que hay poca información acerca de la CVRS en pacientes polimedificados que suelen padecer múltiples enfermedades crónicas nos proponemos como objetivo estimar los valores de las dimensiones de la calidad de vida mediante el cuestionario SF-12 en la población de enfermos polimedificados con multimorbilidad según diferentes variables sociodemográficas. Un segundo objetivo es identificar variables asociadas al deterioro de la CVRS.

## Material y métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo mediante el cuestionario de salud SF-12-V2, autoadministrado; en caso de dificultades de comprensión la enfermera ayudaba en la cumplimentación. Los datos proceden de un estudio más amplio cuyo objetivo era conocer los resultados de una intervención sanitaria en pacientes ancianos polimedificados pertenecientes a médicos de atención primaria del Área Sanitaria de León. La población de estudio la integran las personas mayores de 67 años con más de 5 fármacos (36,4%), prescritos simultáneamente en un período de 3 o más meses consecutivos (exceptuando los medicamentos no financiados, los productos fitosanitarios y las lágrimas artificiales). Se excluyeron los pacientes con enfermedad avanzada en los que se preveía una expectativa de vida inferior a 4 meses y también aquellos con demencia moderada o severa, o con dificultad de comprensión del cuestionario.

### Diseño muestral

Se invitó a participar en el estudio a todos los médicos de los equipos de atención primaria a través de los coordinadores

médicos y responsables de formación. La base de datos del sistema CONCYLIA, entorno informático sobre consumo y análisis de la prescripción farmacéutica de Castilla y León, nos permitió construir el marco muestral conformado por todos los mayores de 67 años con más de 5 fármacos prescritos por médico de atención primaria. Se calculó un tamaño de muestra de 393 pacientes, asumiendo una desviación estándar de 20 puntos en los parámetros de CVRS, tomada de un estudio sobre CVRS en enfermos con insuficiencia cardíaca de la misma Área de Salud<sup>8</sup>; esto nos permite estimar dimensiones del cuestionario SF-12 con un error de 1,9 y una confianza del 95%. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo aleatorizado simple, proporcional a los enfermos polimedificados que tiene cada médico, fijando un número mínimo de 4 enfermos por profesional.

### Cuestionarios utilizados

El Short-Form Health Survey (SF) es un instrumento genérico para medir la CVRS. Una ventaja importante de los instrumentos genéricos es que permiten comparar la CVRS de los enfermos con una determinada enfermedad con la de la población general de igual edad y sexo. Entre estos destaca, por su uso frecuente, el Short-Form Health Survey (SF-36) en investigación epidemiológica y clínica. Incluye 36 preguntas que miden 8 dimensiones de la salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. En el ámbito de la clínica puede resultar excesivamente larga su cumplimentación, por esta razón se desarrolló una versión reducida (el SF-12<sup>9,10</sup>), formado por 12 ítems extraídos del SF-36 a partir de modelos de regresión múltiple que cubren con uno o 2 ítems cada una de las 8 dimensiones que ofrece este instrumento. Tiene la ventaja de poder cumplimentarse en 2-3 min, en comparación a los 10 min que requiere el SF-36.

El cuestionario de salud SF-12 permite el cálculo de las 8 dimensiones, aunque la precisión en estas es menor que en el SF-36, y de 2 puntuaciones sumario: el componente sumario físico (CSF) y el mental (CSM) ambos con buena precisión, y que han demostrado una excelente correlación con los del SF-36<sup>11</sup>. Se realiza una transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 a 100; así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Se ha diseñado un cuestionario «ad hoc» para recoger la información sociodemográfica y clínica utilizando como fuentes la historia clínica y la entrevista con el paciente. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, ámbito (rural/urbano), multimorbilidad, factores de riesgo cardiovascular y medicamentos que toma.

### Trabajo de campo

Los enfermos fueron citados a la consulta mediante carta personalizada de su médico de cabecera o por teléfono, y en caso de ser un paciente inmovilizado fueron visitados en su domicilio por médico y enfermera.

### Análisis estadístico

Se realizó una descripción de cada variable, se calcularon los índices estadísticos de tendencia central, posición y dispersión; estos cálculos se efectuaron para el total de la muestra por sexos, grupos de edad, medio y según tomen menos de 10 o 10 o más medicamentos (hiperpolimedificado<sup>12</sup>). Se realizó un análisis bivariante entre las variables dependientes (CSF y CSM), y las variables independientes (sociodemográficas y clínicas) del SF-12; se ha utilizado el test de Chi-cuadrado, la t-Student y ANOVA, según la naturaleza de las variables.

Para identificar las características que pueden asociarse a una peor calidad de vida, se elaboró un modelo de regresión logística. Utilizamos como variable dependiente la construcción de una variable dicotómica que definimos como «deterioro físico» y «deterioro mental». Se consideró enfermo con deterioro aquel que está por debajo del percentil 25 en el CSF y en el CSM del SF-12; mediante la regresión logística se calculó la odds ratio y su intervalo de confianza del 95% que identifican las variables asociadas a este deterioro, e introdujimos en el modelo todas las variables que en el análisis bivariante obtuvieron un grado de significación de  $p < 0,1$ . A continuación se ha estudiado si los datos cumplen las condiciones de aplicación del modelo: la normalidad, la linealidad de la variable de estudio con sus variables explicativas y la homocedasticidad. Por último, se ha llevado a cabo un análisis de residuos para valorar el ajuste del modelo.

## Resultados

Participaron 81 médicos de atención primaria de un total de 289, que atienden una población de 18.456 personas mayores de 67 años. Se estudió la CVRS en 369 enfermos de los 393 del tamaño muestral previsto; de los 24 no estudiados, 5 habían fallecido, 4 estaban ingresados en el hospital, en otros 8 no fue posible medir las CVRS por estar presentando criterios de exclusión y los 4 restantes se desecharon por incoherencia de los datos o por tener un número excesivo de ítems en blanco.

### Características de los pacientes

Las características sociodemográficas y clínicas de los enfermos se muestran en la [tabla 1](#); el 55,1% fueron mujeres. La procedencia

fue mayoritaria del medio rural con el 79,5%, lo que significa una sobrerrepresentación de este medio. La edad media de los pacientes fue de 79,9 años sin diferencias significativas entre sexos, el promedio de edad en el medio urbano es de 81,2 (6,7) frente a 79,6 (6,1) en el medio rural, diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

Son enfermos con alta morbilidad, el 74% tienen más de 3 enfermedades, con un promedio de 4,5 enfermedades por persona. La hipertensión arterial, la enfermedad osteoarticular, la hipercolesterolemia y la diabetes son enfermedades con una gran prevalencia en estos enfermos. Casi un 30% de los hombres padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica y una cifra similar sufre de isquémica cardíaca. En las mujeres la osteoporosis y la enfermedad vascular periférica están presentes en el 38,6 y el 25,7% respectivamente. Los síndromes y síntomas más frecuentes son la depresión/ansiedad y el dolor crónico, ambos significativamente en mayor proporción en el sexo femenino.

### Puntuaciones de la calidad de vida

Las características métricas del cuestionario SF-12 se presentan en la [tabla 2](#), los participantes con algún ítem no respondido fue menor del 3% en todas las escalas. Las puntuaciones más bajas se obtienen en las escalas salud general, función física y rol físico. Es también en estas escalas donde el porcentaje de personas que manifiestan tener la peor puntuación posible (efecto suelo) es el más alto; en 4 dimensiones el porcentaje de pacientes con la puntuación mínima posible fue menor del 15%, esto indica que en esta población el SF-12 permite con relativa facilidad registrar empeoramientos del estado de salud. Ningún enfermo alcanza el efecto

**Tabla 1**  
Distribución por sexo de la morbilidad, síntomas y síndromes geriátricos en los enfermos polimedificados

Variables	Total	Mujeres (n=210)	Hombres (n=171)
Edad, promedio (DE)	79,9 (6,1)	79,9 (6,1)	79,9 (6,2)
Promedio de medicamentos (DE)	9,4 (2,4)	9,7 (2,3)	9,2 (2,5)
Promedio de enfermedades (DE)	4,5 (1,5)	4,5 (1,5)	4,6 (1,5)
<b>Enfermedades, n (%)</b>			
Hipertensión	302 (79,3)	175 (83,7)	127 (76,6)
Hipercolesterolemia	241 (63,2)	135 (64,3)	106 (62)
Diabetes mellitus	131 (34,4)	74 (35,2)	57 (33,3)
Enfermedad isquémica del corazón	82 (21,5)	33 (15,7)*	49 (28,7)*
Accidente cerebrovascular previo	41 (10,8)	17 (8,1)	24 (14)
Enfermedad vascular periférica	77 (20,2)	54 (25,7)*	23 (13,5)*
Osteoporosis	91 (23,9)	81 (38,6)**	10 (5,8)**
Enfermedad osteoarticular	198 (51,2)	118 (56,2)	80 (46,8)
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	77 (20,2)	37 (17,6)	40 (23,4)
Enfermedad prostática	67 (39,2)	-	67 (39,2)
Hipotiroidismo	41 (10,8)	34 (16,2)**	7 (4,1)**
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	71 (18,7)	21 (10)**	50 (29,2)**
Insuficiencia cardíaca crónica	79 (20,7)	43 (20,5)	36 (21,1)
Insuficiencia renal crónica	58 (12,2)	20 (9,5)**	38 (22,2)**
Fibrilación auricular	82 (21,5)	47 (22,4)	35 (20,5)
Enfermedad de Parkinson	6 (1,5)	4 (1,9)	2 (1,2)
Demencia	14 (3,6)	10 (4,8)	4 (2,3)
Enfermedad cancerosa	36 (9,4)	14 (6,7)*	22 (12,9)*
<b>Síndromes y síntomas geriátricos, n (%)</b>			
Sordera	81 (21,2)	40 (19)	41 (24)
Ceguera	19 (4,9)	10 (4,8)	9 (5,3)
Mareos/vértigos	103 (27,0)	76 (36,2)**	27 (15,8)**
Caídas frecuentes	32 (8,3)	22 (10,6)	10 (5,8)
Incontinencia urinaria	54 (14,1)	36 (17,1)	18 (10,5)
Depresión/ansiedad	167 (43,8)	107 (51)*	60 (35,1)*
Trastornos del comportamiento	8 (2,0)	2 (1)	6 (3,5)
Estreñimiento crónico	54 (14,1)	28 (13,3)	26 (15,2)
Dolor crónico	138 (36,2)	92 (43,8)**	46 (26,9)**
Enfermo inmovilizado	9 (2,36)	4 (2)	5 (3)
Anemia crónica	38 (9,9)	16 (7,6)	22 (12,9)

\*  $p < 0,05$ .

\*\*  $p < 0,01$ .

**Tabla 2**  
Características y coeficientes del cuestionario SF-12 de los enfermos polimedificados

SF-12 (n = 369)	Valores perdidos (%)	Media (DE)	Percentil 50	Rango teórico	Rango observado	Efecto suelo: peor puntuación (%)	Efecto techo: mejor puntuación (%)	Alfa de Cronbach
Salud general	1,8	25,7 (17,4)	25	0-100	0-75	21,8	0	
Función física	1,8	32,6 (32,1)	25	0-100	0-100	41,8	10,1	0,82
Rol físico	2,3	40,1 (34,7)	41	0-100	0-100	40,8	28,3	0,8
Dolor corporal	1,8	53,4 (32,2)	50	0-100	0-100	10,9	21,4	
Vitalidad	1,8	40,4 (29,5)	40	0-100	0-100	14,9	6,1	
Función social	2	61,6 (32,6)	50	0-100	0-100	6,6	30,1	
Rol emocional	2	66,5 (43,7)	63	0-100	0-100	18,2	39	0,81
Salud mental	2	60,3 (25,6)	60	0-100	0-100	2,1	8,4	0,73
Componente sumario físico	2,3	37,8 (25,1)	31,2	0-100	0-94	4,8	0	0,81
Componente sumario mental	2,3	57,1 (25,9)	60	0-100	0-100	1,1	3,7	0,8

**Tabla 3**  
Puntuaciones medias del cuestionario SF-12 de calidad de vida en los enfermos polimedificados

SF-12	Edad		Sexo		Ámbito		Número de medicamentos	
	< 80 años (n = 187)	≥ 80 años (n = 182)	Mujeres (n = 205)	Hombres (n = 164)	Urbano (n = 84)	Rural (n = 285)	< 10 (n = 206)	≥ 10 (n = 163)
Salud general	27,8 (17,5)*	23,6 (17,1)*	25,4 (17,8)	26,2 (17)	24,7 (17,5)	26,1 (17,5)	28,6 (17,2)**	22,1 (17,2)**
Función física	38,8 (33,8)**	26,1 (32,5)**	29,4 (33)	36,6 (32,1)*	26,2 (31,4)	34,4 (32,1)*	39,4 (34,3)**	24,1 (31,2)**
Rol físico	44,1 (45,8)*	35,9 (43,2)*	32,2 (41,1)**	50 (46,7)**	38,7 (44,2)	40,5 (43,2)	45,4 (45,6)**	33,2 (42,8)**
Dolor corporal	56,5 (33,5)*	50,2 (32)	46,2 (32)**	62,5 (32,2)**	49,1 (31,6)	54,7 (33,2)	55,2 (32,5)	51,2 (33,7)
Vitalidad	43,1 (30,5)	37,5 (28,2)	37,3 (28,8)*	44,2 (30,5)*	37,8 (28,6)	41,1 (29,8)	43,4 (29,4)*	36,5 (29,2)*
Función social	68,4 (30,1)**	54,5 (30,7)**	58,0 (45)*	65,8 (33,6)**	57,7 (33,2)	62,7 (32,1)	65,6 (33,1)*	56,5 (29,3)*
Rol emocional	70,7 (41,1)	62,1 (45,8)	58,1 (45,6)**	77,1 (38,8)**	61,3 (45,4)	68,4 (43,2)	72,7 (41,1)**	58,6 (30,1)**
Salud mental	63,3 (25,7)*	57,2 (25,1)*	54,1 (24,1)**	68,1 (25,2)**	59 (26,5)	60,1 (25,2)	65,6 (24,2)**	56,2 (45,8)**
Componente sumario físico	41,8 (25,9)**	34,0 (23,4)**	33,4 (23,7)**	43,8 (25,5)**	34,6 (23,1)	39 (25,5)	42,1 (24,7)**	32,7 (24,5)**
Componente sumario mental	61,4 (25,1)**	52,8 (25,7)**	51,9 (24,9)**	63,8 (25,4)**	53,9 (25,5)	58,2 (25,5)	61,3 (25,1)**	51,9 (26,2)**

\* p &lt; 0,05.

\*\* p &lt; 0,01.

techo en la dimensión de salud general. Los resultados mostraron una amplia gama de variación en las puntuaciones obtenidas.

En todas las dimensiones, excepto la salud general, se presentaron valores a lo largo del intervalo de 0 a 100. La mediana, en 4 de las 8 dimensiones, está por debajo de los 50 puntos, lo que indica que la distribución se concentra en valores bajos. El CSF fue casi 20 puntos superior al CSM.

Mediante el coeficiente alfa de Cronbach se estudió la consistencia interna, que mide la homogeneidad entre los ítems que componen una determinada dimensión. Se han propuesto como estándares mínimos apropiados valores alfa de Cronbach de 0,70; este valor se superó en todas las dimensiones.

En la **tabla 3** se comparan los promedios de las escalas del SF-12 por grupos de edad, sexo, medio (rural o urbano) y paciente hiperpolimedificado (10 o más medicamentos) o no. Se aprecia que las personas de más edad tienen peores puntuaciones en todas las escalas. Las mujeres tienen valores significativamente peores, alcanzando en el rol físico y el dolor corporal 17,8 y 16,3 puntos respectivamente (p < 0,01) inferiores a los hombres. Los pacientes del medio rural exhiben valores significativamente superiores (p < 0,05) a los del medio urbano para la función física. Los pacientes hiperpolimedificados manifiestan peor calidad de vida en todos los componentes, excepto en el componente de dolor corporal.

La **tabla 4** expone las puntuaciones medias de las dimensiones de la CVRS según las características clínicas; los pacientes con osteoporosis, enfermedad de Parkinson, los que presentan vértigos, caídas frecuentes, incontinencia urinaria y dolor crónico tienen puntuaciones significativamente menores, tanto en el CSF como en el CSM, que aquellos que no tienen esa entidad. Los enfermos con antecedentes de isquemia cardíaca muestran valores promedios de los componente sumario superiores a los que no tienen este antecedente; la razón es que la edad está confundiendo esta relación en

el sentido de que aquellos con antecedentes de isquemia son más jóvenes.

#### Deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud

Las variables asociadas al deterioro de la CVRS, cuyo punto de corte se estableció en el percentil 25, se exponen en la **tabla 5**. Fueron introducidas en el modelo logístico el sexo, la edad, osteoporosis, enfermedad osteoarticular, enfermedad de Parkinson, enfermedad cancerosa, vértigos, caídas frecuentes, incontinencia urinaria, síndrome depresivo, estreñimiento crónico y dolor crónico. La enfermedad cancerosa, sufrir caídas frecuentes y el dolor crónico son las entidades que contribuyen a explicar el deterioro del CSF. El deterioro del CSM está asociado a tener más de 80 años, sufrir dolor crónico, ser mujer y sobre todo padecer síndrome depresivo.

#### Discusión

En este trabajo se han obtenido valores de referencia del cuestionario SF-12 para la población de pacientes polimedificados mayores de 67 años que pertenecen al Área de Salud de León; estos valores se presentan por sexo, por grupos de edad y por lugar de residencia (rural y urbano). Aunque en algunos estudios se ha cuestionado la utilidad del SF-12 en ancianos<sup>13,14</sup>, el alto grado de comprensión del cuestionario por los sujetos del estudio y la elevada complejidad de todos sus ítems demuestran que es un instrumento útil cuando se administra mediante entrevista personal en población adulta mayor no institucionalizada.

Podemos afirmar que la CVRS manifestada en la población de estudio es mala, sobre todo en las escalas de carácter físico. Los resultados obtenidos en estos enfermos polimedificados con

**Tabla 4**  
Comparación de puntuaciones medias del SF-12 según características clínicas

Características	Categorías	CSF	CSM
Hipertensión	Sí	37,2 (24,5)	56,5 (26)
	No	40,1 (27,7)	59 (25,6)
Diabetes	Sí	38,1 (24,7)	58,2 (24,3)
	No	37,7 (25,4)	56,4 (26,7)
Hipercolesterolemia	Sí	38,8 (24,7)	56,9 (26,2)
	No	36,1 (25,8)	57,3 (25,5)
Antecedentes de isquemia cardiaca	Sí	39,4 (25)	59,5 (25,1)
	No	37,4 (25,1)	56,4 (26,1)
Enfermedad venosa	Sí	32,2 (23,8)	54,6 (27,4)
	No	36,2 (25,3)	57,6 (25,2)
Antecedentes de accidente cerebrovascular	Sí	35,7 (26,1)	52,4 (26)
	No	38 (25)	57,6 (25,8)
Osteoporosis	Sí	28,7 (23,3)**	51,2 (24,3)†
	No	40,7 (25)**	58,9 (26,2)†
Enfermedad osteoarticular	Sí	33,9 (24,1)†	54,8 (25,2)†
	No	41,9 (25,5)†	59,4 (26,5)†
Enfermedad pulmonar	Sí	37,4 (23,9)	59,6 (27,2)
	No	37,8 (25,4)	56,4 (25,6)
Enfermedad de reflujo	Sí	37,6 (27,5)	56,6 (27,1)
	No	38 (24,5)	57,2 (25,6)
Insuficiencia cardiaca	Sí	33,5 (23,3)	56,7 (23)
	No	39 (25,4)	56,9 (24,9)
Enfermedad de Parkinson	Sí	16,3 (23,2)†	33,2 (31)
	No	38,2 (25)†	57,5 (25,7)
Enfermedad cancerosa	Sí	34,5 (27,1)	54,7 (24,8)
	No	38,2 (24,9)	57,3 (26)
Vértigos	Sí	28,7 (22,89)**	48,1 (25,1)**
	No	41,3 (25,1)**	60,1 (25,4)**
Caídas frecuentes	Sí	18,5 (18)**	32,8 (23,7)**
	No	39,1 (25)**	58,7 (25,3)**
Incontinencia urinaria	Sí	27,8 (23,9)**	46,5 (25,2)**
	No	39,6 (24,9)**	58,9 (25,6)**
Síndrome depresivo	Sí	34,6 (25,5)**	47,1 (27,4)**
	No	40,5 (24,5)**	64,6 (21,8)**
Estreñimiento crónico	Sí	28,6 (23,8)	46,8 (23,7)
	No	39,4 (25)	58,8 (25,9)
Dolor crónico	Sí	26,7 (21,5)**	49,5 (26,4)**
	No	44,2 (24,7)**	61,4 (24,5)**
Número de enfermedades crónicas	≤ 3	51,5 (23,1)**	64,3 (23,2)**
	4-6	41,9 (24)**	62,1 (24,2)**
	> 6	29,1 (21,4)**	49,1 (23,2)**

(Desviación estándar).

\* p &lt; 0,05.

\*\* p &lt; 0,01.

multimorbilidad son peores que los publicados para pacientes diabéticos mayores de 75 años de la Región de Murcia<sup>15</sup>; también exhiben peores niveles de calidad de vida, en torno a 10 puntos menos, que los enfermos con insuficiencia cardiaca crónica de León<sup>8</sup>. Es importante señalar que una diferencia de 5 puntos en cualquier escala se considera clínica y socialmente relevante<sup>9</sup>. La Encuesta Nacional de Salud del 2006 recoge que un 65% de la población adulta manifestaba tener buena o muy buena salud

**Tabla 5**  
Variables asociadas al deterioro<sup>a</sup> de la calidad de vida en el SF-12 de los enfermos polimedados mediante regresión logística

	Odds ratio	IC 95%
<i>Deterioro en el CSF</i>		
Mayor 80 años	1,5	(1-2,4)
Enfermedad cancerosa	2,5	(1,2-5,2)
Caídas frecuentes	2,9	(1,1-7,9)
Dolor crónico	2,8	(1,7-4,6)
<i>Deterioro en el CSM</i>		
Mayor 80 años	2,3	1,3-3,9
Dolor crónico	2	1,9-3,6
Sexo femenino	1,8	1,1-3,5
Incontinencia urinaria	2	1-4,1
Depresión	5,5	3,1-9,9

<sup>a</sup> Deterioro por debajo del percentil 25.

mientras que en nuestro estudio este porcentaje es del 25,7%; esta discrepancia puede explicarse fundamentalmente por la elevada morbilidad de los enfermos de nuestro estudio. Se ha observado una desviación típica alta, igual que otros autores<sup>16,17</sup>, y una agregación importante de individuos, más del 20%, con puntuaciones mínimas (peor CVRS); de igual forma, el efecto techo fue de más del 20% de los sujetos en 4 dimensiones, lo que refleja un cierto comportamiento bimodal en esta población.

Las mejores puntuaciones se obtienen para las escalas de rol emocional y función social, resultados similares a los de otros estudios en diferentes poblaciones españolas<sup>16,18</sup> e internacionales<sup>19</sup>.

Los varones obtuvieron mayores puntuaciones que las mujeres en todas las dimensiones de la calidad de vida, al igual que otros estudios en muestras seleccionadas de ancianos<sup>20,21</sup> y en población general. Nuestros resultados también son coherentes con la mayoría de los estudios a la hora de indicar que las puntuaciones de la calidad de vida son más bajas en los grupos de más edad, sobre todo en las escalas físicas, mientras que las escalas mentales son menos sensibles a la edad<sup>8,17,20</sup>; el descenso más notable en las escalas físicas traduce la pérdida de capacidad funcional que acompaña al envejecimiento progresivo, y es consistente con la alta prevalencia de discapacidades (51%) en la población de 80 y más años tal y como recoge la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 del INE.

La enfermedad osteoarticular, la osteoporosis, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad cancerosa muestran en el análisis bivariable una afectación negativa en el CSF y el CSM, lo mismo sucede con los que padecen vértigos, caídas frecuentes, depresión y dolor crónico; estos resultados son coincidentes con los obtenidos en la Región de Murcia<sup>15</sup>. En un estudio recientemente publicado en Alemania la enfermedad de Parkinson, la depresión y las enfermedades reumáticas son condiciones con mayor impacto en la calidad de vida<sup>22</sup>. Existen resultados paradójicos a priori, como por ejemplo los enfermos con diabetes y los que sufrieron un infarto que exhiben puntuaciones superiores, tanto en el CSF como en el CSM, a aquellos que no tienen la enfermedad; esta situación traduce que la edad podría actuar como un factor de confusión.

La cantidad de entidades crónicas afecta de forma negativa a la CVRS, ya que cuanto mayor es el número de estas más bajos son los CSF y CSM; esta relación también se observó en el proyecto IQOLA<sup>23</sup>. En la misma línea, en el estudio de Brettschneider et al.<sup>22</sup> se observa que la CVRS de los pacientes disminuye con el número de enfermedades y con su severidad.

El análisis multivariante realizado para detectar las características de los enfermos con deterioro en la calidad de vida pone de manifiesto que esta empeora con la edad, de modo similar a otros autores<sup>8,15</sup> que también subrayan esta asociación tanto en población general como en poblaciones con enfermedades crónicas. De nuestros datos parece derivarse que el deterioro en la calidad de vida empeora a partir de los 80 años de edad; quizá la mayor fragilidad de la salud en general en ancianos explique este deterioro. Pero son los síntomas y la capacidad de adaptación a la enfermedad y no los diferentes diagnósticos lo que tiene un mayor impacto en la CVRS, con excepción de la enfermedad cancerosa. Es importante destacar que tanto el dolor crónico como el síndrome depresivo con prevalencias muy altas —el 36% padece dolor crónico y el 44% depresión— en esta población, tienen una enorme repercusión en el deterioro de la CVRS, independientemente de la morbilidad asociada. La carga de la enfermedad depresiva en la CVRS ya ha sido documentada en relación con enfermedades crónicas<sup>22–24</sup> y se erige como uno de los factores con mayor impacto negativo en las subescalas del SF-36. La depresión genera angustia y se ha relacionado también con otros síntomas, lo que conlleva una peor percepción de la calidad de vida de las dimensiones emocionales.

Una de las limitaciones de nuestro estudio es que los médicos a los que pertenecen los enfermos no fueron elegidos al azar sino que participaron de forma voluntaria, por lo que no podemos descartar un sesgo de selección; de hecho hay una sobrerrepresentación de enfermos del medio rural. Sin embargo, la concordancia entre los valores de las distintas escalas obtenidos en nuestro estudio con otras publicaciones<sup>15,17</sup> nos hace suponer que nuestra muestra puede ser representativa de la población de enfermos polimedicados y que estos pueden ser una aproximación a la población de enfermos crónicos multimórbidos. Otra limitación es el no haber estratificado por varios grupos de edad y también por las diferentes enfermedades para así obtener los valores de referencia en cada uno de estos grupos; esta opción vino limitada por el tamaño de la muestra pues al repartirla entre los distintos grupos las estimaciones son muy inestables. El diseño transversal y la exclusión de los enfermos con demencia pueden contribuir a explicar parcialmente los peores resultados en las dimensiones físicas que en las mentales debido a que los sujetos con mala salud física responden más a las encuestas que los sujetos con mala salud mental y a su vez una parte de estos han sido excluidos de la población de estudio precisamente por su incapacidad de comprensión del cuestionario.

A pesar de las limitaciones citadas, nuestros resultados tienen una clara utilidad práctica, aportan los valores del cuestionario SF-12 los cuales permiten situar a esta población de enfermos polimedicados con multimorbilidad en referencia a otras poblaciones

con otras características. También es importante señalar, a modo de conclusión, la trascendencia del dolor crónico y la depresión como variables determinantes del deterioro de la CVRS. En la medida en que pueden ser modificables desde la atención primaria de salud, creemos necesario incrementar la formación de los profesionales para un mejor abordaje del control de estos síntomas.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, et al. Appropriate prescribing in elderly people: How well can it be measured and optimised? *Lancet*. 2007;370:173–84.
- Lau DT, Kasper JD, Potter DEB, Lyles A, Bennett RG. Hospitalization and death associated with potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents. *Arch Intern Med*. 2005;165:68–74.
- Lewis EF, Johnson PA, Johnson W, Collins C, Griffin L, Stevenson LW. Preferences for quality of life or survival expressed by patients with heart failure. *J Heart Lung Transplant*. 2001;20:1016–24.
- Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Pascual CR, Otero CM, Montes AO, García AN, et al. Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure. *Arch Intern Med*. 2005;165:1274–9.
- Badía Llach X, Lizán Tudela L. Estudios de calidad de vida. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Elsevier; 2003. p. 250–61.
- Terol MC, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Pastor MA, Mora M, Martín-Aragón M, et al. Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*. 2000;16:111–22.
- Lee CW, Chi KN. The standard of reporting of health-related quality of life in clinical cancer trials. *J Clin Epidemiol*. 2000;53:451–8.
- Naveiro-Rilo JC, Díez-Juárez MD, Flores-Zurutuza L, Rodríguez-García MA, Rebollo-Gutiérrez F, Romero Blanco A. La calidad de vida en los enfermos con insuficiencia cardiaca, visión desde atención primaria de salud. *Gac Sanit*. 2012;26:436–43.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short-form health survey construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34:220–33.
- Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físicos y mental. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:726–35.
- Iraurgi Castillo I. Comparación del instrumento de salud SF-12 frente al SF-36 en pacientes en mantenimiento con metadona. *Adicciones*. 2007;19:59–67.
- Gallagher P, O'Mahony D. Stopp (screening tool of older persons: Potentially inappropriate prescriptions): Application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers criteria. *Age Ageing*. 2008;37:673–9.
- Parker SG, Peet SM, Jagger C, Farhan M, Castleden CM. Measuring health status in older patients. The SF-36 in practice. *Age Ageing*. 1998;27:13–8.
- O'Mahony PG, Rodgers H, Thomson RG, Dobson R, James OF. Is the SF-36 suitable for assessing health status of older stroke patients? *Age Ageing*. 1998;27:19–22.
- Monteagudo Piqueras O, Hernando Arizaleta L, Palomar Rodríguez JA. Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12 V2. *Gac sanit*. 2009;23:526–32.
- Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:410–6.
- López-García E, Banegas JR, Pérez-Regadera AG, Gutiérrez-Fisac JL, Alonso J, Rodríguez-Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:568–73.
- Alonso J, Prieto L, Ferrer M, Broquetas J, Roca J, Serra-Batlles J, et al. Testing the Spanish version of the SF-36 Health Survey among male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:1087–94.
- Persson LO, Karlsson J, Bengtsson C, Steen B, Sullivan M. The Swedish SF-36 Health Survey II. Evaluation of clinical validity: Results from population studies of elderly and women in Gothenborg. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:1095–103.
- Walters SJ, Munro JF, Brazier JE. Using the SF-36 with older adults: A cross-sectional community-based survey. *Age Ageing*. 2001;30:337–43.
- Meléndez Hernández M, Montero Herrero R, Jiménez Sánchez C, Blanco Montagut LE. Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados. *Aten Primaria*. 2001;28:91–6.

22. Brettschneider C, Leicht H, Bickel H, Dahlhaus A, Fuchs A, Gensichen J, et al. Relative impact of multimorbid chronic conditions on health-related quality of life -Results from the MultiCare Cohort Study. *PLoS One*. 2013;8:e66742.
23. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware Jr JE, Aaronson NK, Mosconi P, et al. IQOLA Project Group Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res*. 2004;13:283-98.
24. Bekelman DB, Havranek EP, Becker DN, Kutner JS, Peterson PN, Wittstein IS, et al. Symptoms, depression and quality of life in patients with heart failure. *J Card Fail*. 2007;13:643-8.