

Análisis de la comorbilidad y calidad de vida de pacientes mayores polimedificados

Inmaculada Hernández Cerón^a, Marta Martínez Ruiz^b, Ana Belén Sánchez López^b, Ricardo Reolid Martínez^a, Gema M.^a Tello Nieves^a e Ignacio Párraga Martínez^c

^aMédico de Familia. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

^bMédico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad docente de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

^cMédico de Familia, Centro de Salud de La Roda. Albacete. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

Correspondencia:
Inmaculada Hernández Cerón.
Centro de Salud de La Roda.
Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). C/ Mártires, 63. 02630. La Roda (Albacete). España.
Correo electrónico:
indao30@gmail.com

Recibido el 24 de febrero de 2016.

Aceptado para su publicación el 14 de marzo de 2016.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

Objetivo: Describir las características clínicas de los mayores polimedificados, conocer su comorbilidad y analizar su calidad de vida.

Diseño: Estudio observacional de carácter transversal.

Emplazamiento: Consultas de Atención Primaria de cuatro zonas básicas de Salud del Área Sanitaria de Albacete.

Participantes: Mediante muestreo consecutivo se seleccionaron 275 sujetos ≥ 65 años que consumían más de cinco fármacos.

Mediciones Principales: Se recogieron variables sociodemográficas, problemas de salud (clasificación CIAP-2), comorbilidad (Índice de Charlson), consumo de fármacos, riesgo cardiovascular y calidad de vida (cuestionario EuroQol).

Resultados: La edad media fue de 76,5 años (DE: 6,7). El 75,3 % presentaba cinco o más problemas de salud. Los más frecuentes fueron endocrinológicos 93,8 %, cardiovasculares 92,0 % y locomotores 57,8 %. El 40 % presentó un Índice de Charlson ≥ 2 . La puntuación media de calidad de vida mediante el cuestionario descriptivo EuroQol-5D fue 0,767 (DE: 0,179). Mediante regresión lineal múltiple, las variables asociadas a mayor calidad de vida (cuestionario descriptivo) fueron: menor edad (B:-0,004; IC 95 %:-0,006 a -0,001), sexo masculino (B:0,064; IC 95 %:0,025 a 0,104), superior clase social (B:-0,014; IC 95 %:-0,029 a -0,001), actividad física (B:-0,086; IC 95 %:-0,109 a -0,063), menor índice de Charlson (B:-0,019; IC 95 %:-0,037 a -0,002) y menos problemas locomotores (B:-0,31; IC 95 %:-0,052 a -0,010) y psicológicos (B:-0,055; IC 95 %:-0,091 a -0,018).

Conclusiones. Nueve de cada diez mayores polimedificados presentan enfermedades endocrinológicas o cardiovasculares. Tres cuartos padecen cinco o más patologías crónicas. Se comprobó que las variables asociadas a mayor calidad de vida fueron menor edad, sexo masculino, clase social, actividad física, menor índice de Charlson y menos problemas locomotores y psicológicos

PALABRAS CLAVE: Comorbilidad. Calidad de vida. Atención Primaria de Salud

ABSTRACT

Analysis of comorbidity and quality of life of elderly patients with polypharmacy

Objective: To describe the clinical features of polymedicated elderly patients, to know their comorbidity, and to analyze their quality of life.

Design: Observational cross-sectional study.

Location: Primary care clinics of four health-care districts in the Health Area of Albacete.

Participants. By consecutive sampling, 275 subjects of age ≥ 65 who consumed more than five drugs were selected.

Main measures: Socio-demographic variables, health problems (CIAP-2 classification), comorbidity (Charlson Index), consumption of drugs, cardiovascular risk and quality of life (EuroQol questionnaire) were collected.

Results: The average age was 76.5 years (SD 6.7). 75.3 % had five or more health problems. The most common were endocrinological 93.8 %, cardiovascular 92.0 % and locomotive 57.8%. 40% showed a ≥ 2 Charlson Index. The average score for quality of life through the descriptive EuroQol-5D questionnaire was 0.767 (SD 0.179). By multiple linear regression, the variables associated with better quality of life (descriptive questionnaire) were: younger age (B=-0.004; 95% CI:-0.006 to -0.001), male gender (B=0.064; 95% CI=0.025 to 0.104), higher social class (B=-0.014; 95% CI=-0.029 to -0.001), physical activity (B=-0.086; 95% CI=-0.109 to -0.063), lower Charlson index (B=-0.019; 95% CI=-0.037 to -0.002), and less locomotive problems (B=-0.019; 95% CI=-0.037 to -0.002) and psychological problems (B=-0.055; 95% CI=-0.091 to -0.018).

Conclusions: Nine out of ten elderly with polypharmacy present endocrine or cardiovascular diseases. Three quarters suffer from five or more chronic diseases. It was found that the variables associated with better quality of life were younger age, male gender, social class, physical activity, lower Charlson Index and less locomotive and psychological problems.

KEY WORDS: Comorbidity. Quality of Life. Primary Health Care.

Este estudio fue presentado como comunicación oral en las III Jornadas de Investigación en Atención Primaria de Castilla-La Mancha, celebradas en Toledo, durante los días 19 y 20 de junio de 2015.

INTRODUCCIÓN

Los mayores de 64 años en España representan el 18 % de la población¹ y consumen el 33 % de los medicamentos que se prescriben diariamente para enfermedades crónicas².

Aunque la polimedicación se define literalmente como la toma simultánea de muchos medicamentos; según el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 2009 se considera polimedicación al consumo de más de 5 fármacos durante al menos 6 meses. Su prevalencia en mayores no institucionalizados se sitúa entre un 33,7 % y 49,6 %³⁻⁵.

El consumo simultáneo de varios fármacos constituye un criterio de fragilidad en los mayores y se considera un factor de riesgo de mortalidad⁶ y morbilidad, pues aumenta las posibles interacciones farmacológicas, efectos adversos, incumplimiento terapéutico y la utilización de recursos sanitarios^{7,8}. Se ha afirmado que al consumir mayor número de fármacos se incrementa la probabilidad de aparición de problemas relacionados con la medicación y esta correlación parece particularmente más acusada cuando se superan los cinco fármacos⁹.

Por otra parte, la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha adquirido un papel cada vez más relevante como una forma de estudiar la salud de la población¹⁰ y de analizar la eficacia y efectividad de las intervenciones sanitarias¹¹. La CVRS agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo como aquellos externos que interactúan con él y que pueden modificar su estado de salud¹².

Para la medición de la calidad de vida se necesitan cuestionarios robustos, que puedan administrarse de manera rápida y sencilla, y que permitan obtener resultados fiables y válidos. El EuroQol se diseñó como un cuestionario sencillo que puede ser administrado en diferentes condiciones (por correo, autoadministrado o por entrevista). Además de la medición de la salud en dimensiones físicas, psicológicas y sociales, este cuestionario es útil en la asignación de recursos sanitarios¹³.

El conjunto de todas las circunstancias del paciente determina el pronóstico, la respuesta al tratamiento y las decisiones clínicas diagnóstico-terapéuticas^{14,15}. En general, la presencia simultánea de patologías crónicas afecta a la progresión de enfermedades¹⁶ e incrementa el riesgo de muerte¹⁷, por tanto la comorbilidad debe considerarse en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de cada problema de salud concreto¹⁸.

Existen diferentes estudios que han evaluado las repercusiones del uso simultáneo de varios fármacos en un mismo paciente en cuanto a morbilidad y mortalidad¹⁹, aunque son menos los que han analizado la comorbilidad y la calidad de vida de los pacientes mayores polimedificados.

El objetivo del estudio fue describir las características clínicas de los pacientes mayores polimedificados, conocer su comorbilidad y analizar su calidad de vida y los factores asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional transversal, realizado en consultas de Atención Primaria de cuatro centros de salud del área Sanitaria de Albacete (La Roda, Zona IV, Zona I y Zona Vb) entre octubre de 2014 y enero de 2015. Mediante muestreo consecutivo se seleccionó una muestra de personas de 65 o más años de edad que consumían más de cinco fármacos, al menos durante los seis meses previos al inicio del estudio, solicitando su consentimiento para participar una vez informados de los objetivos del mismo. El tamaño muestral necesario se estimó en 275 sujetos y se calculó considerando una proporción de sujetos con al menos cinco problemas de salud de carácter crónico del 50 % (nivel de confianza del 95 % y precisión ± 6 %).

Los sujetos que aceptaron participar fueron entrevistados por Médicos de Familia o Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de los centros de salud participantes y se cumplimentó un cuestionario específicamente elaborado para este estudio.

Se midió la calidad de vida mediante el cuestionario europeo EuroQol, que es un instrumento validado en español^{20,21}. El individuo evalúa su estado de salud en niveles de gravedad por dimensiones con una escala descriptiva (EuroQol-5D) (sistema descriptivo de cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y con una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general, que puntúa de 0 a 100, donde 100 es el mejor estado de salud. La cuantificación del EuroQol-5D se calcula mediante unos coeficientes adaptados a la población española (escala 0-1)²². Los resultados de las dimensiones EuroQol-5D también se valoraron agrupadas en dos categorías de pacientes: con problemas (niveles 2 y 3) y sin problemas (nivel 1) para cada una de las dimensiones.

Otras variables incluidas fueron: características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y clase social basada en ocupación durante la mayor parte de su vida²³), problemas de salud (CIAP-2), comorbilidad (índice de Charlson)²⁴, fármacos consumidos, factores de riesgo cardiovascular y riesgo cardiovascular (función Score).

Respecto al análisis estadístico, en primer lugar se describieron las variables sociodemográficas y clínicas de los participantes (medidas de tendencia central y dispersión). Para estudiar la relación entre variables se utilizaron pruebas de independencia para comparar proporciones (chi cuadrado) y pruebas de comparación de medias (t de Student-Fisher y ANOVA en comparación de medias de más de 2 grupos independientes, utilizando un

nivel de significación $< 0,05$). La relación entre las variables continuas se analizó con el coeficiente de correlación de Spearman. Por último, para estudiar la relación de las variables independientes con la calidad de vida (puntuación cuestionario EuroQol-5D) se construyó un modelo de regresión lineal múltiple, que permitió realizar un ajuste estadístico y la obtención de los coeficientes de regresión de esas variables. Los análisis se realizaron mediante el Sistema SPSS v 20.0.

RESULTADOS

La edad media fue de 76,8 años (DE: 6,7) y un 55 % eran mujeres. En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los participantes en función del número de fármacos consumidos.

El 75,3 % (207) de los sujetos presentaba cinco o más problemas de salud y el 38,9 % (107) siete o más. Los problemas de salud más frecuentes, según la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2), fueron endocrinos (93,8 %), cardiocirculatorios (92,0 %), locomotores (57,8 %), respiratorios (25,8 %), digestivos (24,0 %) y psicológicos (22,5 %). Respecto a la patología cardiovascular, el factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión (85,5 %) (tabla 2). Un 42,9 % de sujetos presentó un riesgo cardiovascular alto o muy alto (Score ≥ 5).

En cuanto a la calidad de vida determinada mediante la escala descriptiva EuroQol, las dimensiones en las que mayor proporción de sujetos presentaron problemas fueron dolor/malestar (57,1 %),

| Características sociodemográficas | Total * | 6-7 fármacos | 8-9 fármacos | ≥ 10 fármacos |
|-----------------------------------|------------|--------------|--------------|--------------------|
| | n (%) | n(%) ** | n(%) ** | n (%) ** |
| Edad | | | | |
| - 65-74 | 110 (40,0) | 50 (45,5) | 37 (33,6) | 23 (20,9) |
| - 75-79 | 75 (27,3) | 30 (40,0) | 21 (28,0) | 24 (32,0) |
| - ≥ 80 | 90 (32,7) | 39 (43,3) | 28 (31,1) | 23 (25,6) |
| Sexo | | | | |
| - Hombre | 122 (44,4) | 61 (50,0) | 39 (32,0) | 22 (18,0) |
| - Mujer | 153 (55,6) | 58 (37,9) | 47 (30,7) | 48 (31,4) |
| Estado Civil | | | | |
| - Soltero, viudo, divorciado | 80 (29,1) | 35 (43,8) | 22 (27,5) | 23 (28,8) |
| - Casado o pareja | 195 (70,9) | 84 (43,1) | 64 (32,8) | 47 (24,1) |
| Clase Social | | | | |
| - Clase I-V‡ | 123 (44,7) | 54 (43,9) | 39 (31,7) | 30 (24,4) |
| - Clase VI-VII‡‡ | 152 (55,3) | 65 (42,8) | 47 (30,9) | 40 (26,3) |
| Nivel Instrucción | | | | |
| - Lee y escribe o sin estudios | 145 (52,7) | 48 (33,1) | 47(32,4) | 50 (34,5) |
| - Estudios primarios o superior | 130 (47,3) | 71 (54,6) | 39 (30,0) | 20 (15,4) |

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes en función del nº fármacos consumidos.* Número de pacientes y porcentaje sobre el total de la muestra (n = 275). ** Número de pacientes por fila y porcentaje sobre el total de cada fila. ‡ Directivos, funcionarios, profesionales liberales, técnicos superiores, cuadros y mandos intermedios, administrativos, personal de servicios de protección y seguridad, y trabajadores manuales cualificados. ‡‡ Trabajadores manuales no cualificados (de la industria, comercio, servicios y sector primario) y amas de casa.

| Comorbilidad cardiovascular: Problemas y factores de riesgo | n | % |
|--|----------|----------|
| Cardiopatía isquémica | | |
| - Sí | 52 | 18,1 |
| - No | 223 | 81,9 |
| Patología cerebrovascular | | |
| - Sí | 19 | 6,9 |
| - No | 256 | 93,1 |
| Arteriopatía periférica | | |
| - Sí | 22 | 8,0 |
| - No | 253 | 92,0 |
| Síndrome metabólico | | |
| - Sí | 125 | 45,5 |
| - No | 150 | 54,5 |
| Diabetes | | |
| - Sí | 113 | 41,1 |
| - No | 162 | 58,9 |
| Hipertensión | | |
| - Sí | 236 | 85,8 |
| - No | 39 | 14,2 |
| Dislipemia | | |
| - Sí | 157 | 57,1 |
| - No | 118 | 42,9 |
| Obesidad | | |
| - Normopeso (IMC < 25 kg/m ²) | 32 | 11,6 |
| - Sobrepeso (IMC > 25 kg/m ² y < 30 kg/m ²) | 96 | 34,9 |
| - Obesidad (IMC > 30 kg/m ²) | 147 | 53,5 |
| Fumador | | |
| - Sí | 11 | 4,0 |
| - No | 196 | 71,3 |
| - Exfumador | 67 | 24,4 |
| - NS/NC | 1 | 0,4 |

Tabla 2. Distribución de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo cardiovascular de los participantes

ansiedad/depresión (41,1 %) y movilidad (37,1 %). Se observó una mayor proporción de mujeres respecto a hombres con problemas de calidad en las cinco dimensiones de la escala descriptiva, siendo esta diferencia estadísticamente significativa

en todas, salvo en cuidado personal (figura 1). La edad media (años) fue significativamente superior en los sujetos que presentaron problemas en las dimensiones de movilidad (77,6 vs. 75,8, $p=0,032$), cuidado personal (80,8 vs. 75,9; $p<0,001$) y activi-

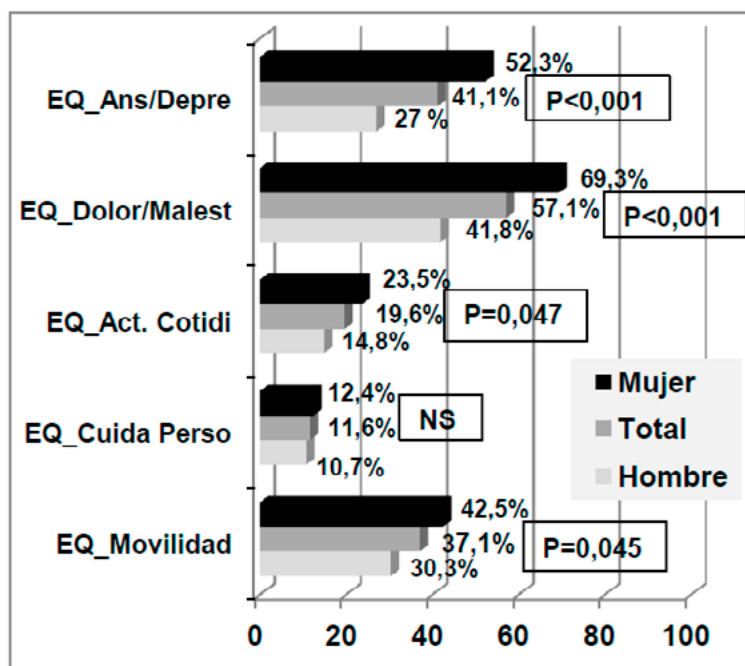


Figura 1. Frecuencia de presentación de problemas en cada una de las cinco dimensiones de la escala descriptiva de EuroQol en el total de la muestra y comparación en función de sexo. NS: No significación estadística.

dades cotidianas (79,6 vs. 75,7; $p<0,001$). También se observó una edad superior en los que refirieron problemas en la dimensión dolor/malestar y ansiedad/depresión, aunque sin alcanzar la significación estadística.

La puntuación media de calidad de vida mediante el cuestionario descriptivo EuroQol-5D (escala 0-1) fue 0,767 (DE: 0,179) y un 27,3 % de participantes mostró un estado de salud de 1 (11111). El valor medio de la escala visual (EuroQol-EVA) fue 65,6 (DE: 17,1). La relación entre EuroQol-5D y EuroQol-EVA mostró un coeficiente de correlación de Spearman de 0,448 ($p<0,001$). En ambos casos (EuroQol-5D y visual), se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de calidad de vida (Euro-Qol) en función de la cantidad de fármacos consumidos (ANOVA, $p<0,001$), siendo mayor en los que consumían 6-7 fármacos en relación con 10 o más medicamentos. Se observó una tendencia lineal decreciente de la puntuación EuroQol (escala descriptiva) a medida que el número fármacos consumidos era mayor ($p<0,001$), mostrando una puntuación media en el grupo que consumía 6 o 7 fármacos de 0,82 (DE: 0,16) y de 0,77 (DE: 0,17), 0,67 (DE: 0,18) en los que consumían 8-9 y ≥ 10 , respectivamente. También se observó una tendencia lineal decreciente de la puntuación EuroQol (escala visual) a medida que el número fármacos consumidos era mayor ($p<0,001$).

El 40 % de los participantes presentó un índice de Charlson ≥ 2 . En la tabla 3 se presenta la distribución de los participantes y puntuaciones de calidad de vida mediante ambas escalas EuroQol (descriptiva y visual) en función del valor del índice de Charlson.

La calidad de vida (Escala Descriptiva) presentó una correlación inversa con edad ($r=-0,162$; $p=0,007$), número de fármacos ($r=-0,361$; $p<0,001$), número de enfermedades ($r=-0,209$; $p<0,001$) e índice de comorbilidad de Charlson ($r=-0,130$; $p=0,031$). Se observó una puntuación media de la calidad de vida superior en: hombres respecto a mujeres (0,817 vs. 0,727, $p<0,001$), en los sujetos que realizaban actividad física frente a inactivos (0,840 vs. 0,685; $p<0,001$), los que no eran obesos respecto a obesos (0,797 vs. 0,741; $p=0,009$), los casados o con pareja estable frente a solteros, viudos o divorciados (0,781 vs. 0,732; $p=0,039$) y aquellos con estudios primarios o superiores frente a los que solo leen y escriben o sin estudios (0,810 vs. 0,728; $p<0,001$).

Como se muestra en la tabla 4, las variables asociadas, mediante análisis multivariante (regresión lineal múltiple), a una mayor calidad de vida (escala descriptiva) fueron: tener menor edad, sexo masculino, superior clase social, realizar actividad física, menor índice de Charlson y padecer menos problemas locomotores y psicológicos ($p<0,05$).

| | Índice de Charlson =0 | Índice de Charlson =1 | Índice de Charlson =2 | Índice de Charlson ≥3 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Total sujetos: N° (%) | 59 (21,5) | 106 (38,5) | 72 (26,2) | 38 (13,8) |
| Varones: N° (%) | 17 (13,9) | 42 (34,4) | 40 (32,8) | 23 (18,9) |
| Mujeres: N° (%) | 42 (27,5) | 64 (41,8) | 32 (20,9) | 15 (9,8) |
| Puntuación EuroQol Escala Descriptiva: media (DE) | 0,778 (0,163) | 0,773 (0,185) | 0,773 (0,198) | 0,722 (0,155) |
| Puntuación EuroQol Escala Visual: media (DE) | 67,2 (13,8) | 64,9 (18,1) | 66,0 (19,2) | 64,3 (14,8) |

Tabla 3. Distribución de los participantes y puntuación media de calidad de vida en función del índice de Charlson

| Variables | Modelo bruto (No ajustado) | | | Modelo Ajustado | | |
|---------------------------------|----------------------------|-----------------|--------|-----------------|-----------------|--------|
| | B | IC 95% | p | B | IC 95% | p |
| Menor Edad (años) | -0,004 | -0,007 a -0,001 | 0,007 | -0,004 | -0,006 a -0,001 | 0,01 |
| Sexo masculino | 0,091 | 0,049 a 0,132 | <0,001 | 0,064 | 0,025 a 0,104 | 0,001 |
| Superior Clase social | -0,023 | -0,040 a -0,006 | 0,008 | -0,014 | -0,029 a -0,001 | 0,048 |
| Realizar actividad física | -0,104 | -0,128 a -0,080 | <0,001 | -0,086 | -0,109 a -0,063 | <0,001 |
| Menor Índice de Charlson | -0,015 | -0,029 a -0,001 | 0,031 | -0,019 | -0,037 a -0,002 | 0,031 |
| Menor n° problemas locomotores | -0,046 | -0,069 a -0,023 | <0,001 | -0,31 | -0,052 a -0,010 | 0,004 |
| Menor n° problemas psicológicos | -0,071 | -0,114 a -0,029 | 0,001 | -0,055 | -0,091 a -0,018 | 0,003 |

Tabla 4. Variables asociadas mediante un modelo de regresión lineal múltiple a una mayor calidad de vida. B: coeficiente de regresión. IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

DISCUSIÓN

Diferentes estudios poblacionales refieren un incremento de la prevalencia de comorbilidad con la edad²⁵ y la posible existencia de determinados patrones de presentación de la enfermedad en los pacientes mayores²⁶. Nuestro resultados muestran que nueve de cada diez mayores polimedicados presentan enfermedades endocrinológicas o cardiovasculares y que más de la mitad padecen patologías relacionadas con el aparato locomotor.

En cuanto a los problemas cardiovasculares, destaca la elevada proporción de sujetos diagnosticados de hipertensión arterial, superando el 80 %. La dislipemia y obesidad apareció en algo más de la mitad de participantes y la diabetes afectó a algo más de 40 %. La frecuencia de estos problemas es inferior a la de estudios previos realizados en mayores polimedicados, salvo en el caso de la hipertensión que mostró una frecuencia similar³. Menos de la mitad de los participantes presentó un riesgo cardiovascular alto o muy alto (Score ≥ 5). También esta proporción es inferior a la de investigaciones previas que mostraron un porcentaje superior al 80 % de pacientes mayores con ese riesgo cardiovascular³.

Algunos autores refieren que el recuento de enfermedades es tan predictivo como el índice de Charlson o incluso mejor²⁷. En este sentido, tres cuartas partes de nuestros pacientes presentaban cinco o más problemas de salud y más de un tercio siete o más. El 40 % de los participantes presentó un índice de Charlson ≥ 2 .

Otra alternativa predictiva de comorbilidad consiste en sumar el número de medicaciones, lo que ha demostrado ser una medida eficiente para predecir la utilización de recursos relacionados con la salud frente a medidas basadas en diagnósticos. En nuestro estudio, el 28,5 % de pacientes mayores de 75 años tenían más de 10 fármacos prescritos que es un porcentaje muy inferior al de un reciente estudio realizado en una población similar en el que esta prescripción alcanzó al 40,8 % de participantes²⁸.

Los resultados de nuestro estudio han mostrado que la calidad de vida de los mayores polimedicados se relaciona tanto con características sociodemográficas como clínicas. En cuanto a las sociodemográficas hemos observado que el sexo masculino, tener menor edad y pertenecer a una clase social más alta se asocia a mayor calidad de vida en estos sujetos. Estos resultados son coincidentes, respecto al sexo y a la clase social, con estudios previos realizados en personas mayores en nuestro país que observaron una peor percepción de su estado de salud en mujeres y en las clases sociales más desfavorecidas^{29,30}. Con respecto a la edad, nuestro estudio también ha mostrado similares resultados a los de otros previos que refieren peor calidad de vida a mayor edad en personas mayores^{31,32}.

En cuanto a la calidad de vida, determinada mediante la escala descriptiva EuroQol, las dimensiones en las que mayor proporción de sujetos presentaron problemas fueron dolor/malestar (57,1 %), ansiedad/depresión (41,1 %) y movilidad (37,1 %). La encuesta nacional de salud utiliza la misma medida de calidad de vida que nosotros y sus resultados son similares en adultos respecto a las tres dimensiones con mayor porcentaje de sujetos con problemas, aunque los porcentajes fueron muy inferiores a los nuestros como es esperable por tratarse de población general. También son coincidentes los resultados con los de mayores entrevistados en esa encuesta respecto a la movilidad, sin embargo hemos observado un porcentaje muy inferior de mayores con problemas para realizar actividades cotidianas y las relacionadas con el cuidado personal que en la Encuesta Nacional de Salud³³. Nuestros resultados, de nuevo, fueron coherentes con los de estudios previos en cuanto a las diferencias encontradas mediante análisis bivalente entre sexos en cada una de las dimensiones^{33,34}, mostrando una mayor proporción de mujeres con presencia de problemas en todas las dimensiones del Euroqol-5D, excepto en autocuidado.

La puntuación de calidad de vida fue inferior en aquellos mayores polimedicados con más problemas crónicos, con mayor índice de Charlson o con superior consumo de medicamentos. Estos resultados son coherentes con los de investigaciones previas que han mostrado peor calidad de vida cuando aumentaba el número de enfermedades crónicas^{30,32,35} y en presencia de comorbilidad³². En la misma línea, en el estudio de Brettschneider et al.³⁶ se observa que la calidad de vida de los pacientes disminuye con el número de enfermedades y con su severidad.

En cuanto al tipo de patología, hemos observado mejor calidad de vida en los pacientes sin enfermedades psicológicas o problemas locomotores. Otros estudios también han demostrado que la depresión y las enfermedades osteomusculares se relacionan con peor calidad de vida^{36,37}. Los resultados del análisis multivariante no han mostrado relación de calidad de vida con otras enfermedades crónicas como las cardiovasculares, neumológicas o neurológicas que sí se han relacionado con ella en otros estudios anteriores^{36,38}.

Existen limitaciones de este estudio relacionadas con la metodología que debemos tener en cuenta. La selección de pacientes de forma consecutiva podría favorecer que estén más representados los sujetos más frecuentadores, aunque precisamente esta estrategia permite ofrecer una imagen real de la consulta diaria de atención primaria. Este estudio se realizó en mayores polimedicados de una provincia española, por tanto se podría cuestionar la generalización de los resultados a todos los mayores polimedicados.

Otros posibles sesgos pueden relacionarse con los

instrumentos de medida de la calidad de vida y de la comorbilidad. Sin embargo, como medida de comorbilidad hemos utilizado el índice de Charlson que es un medidor ampliamente aceptado¹⁸. Respecto a la calidad de vida, se ha usado para el análisis multivariante el EuroQol-5D (sistema descriptivo de cinco dimensiones) que presenta ventajas y desventajas como cualquier otro instrumento de medida. Este sistema descriptivo podría mostrar un importante efecto techo si gran parte de nuestra muestra puntuara el máximo (1 en cada una de las cinco dimensiones), sin embargo nuestros resultados mostraron que el 27,3 % presentaban el estado de salud 1 (11111), que son coincidentes con los de otro estudio realizado en atención primaria que observó aproximadamente un tercio de los participantes con este estado de salud³⁹.

Los datos de comorbilidad y calidad de vida de pacientes polimedificados pueden ayudar en intervenciones sobre esta población, dirigidas a mejorar su calidad de vida y a modificar las estrategias utilizadas para un manejo más global de estos sujetos. Estos hallazgos parecen confirmar que tanto las características sociodemográficas como las clínicas se relacionan con la calidad de vida, precisando nuevos estudios longitudinales que demuestren si esta relación se modifica a lo largo del tiempo de seguimiento. Además, son necesarios estudios sobre la repercusión de la comorbilidad y de la calidad de vida en el cumplimiento terapéutico y en la evolución de los diferentes problemas de salud de los mayores que consumen un elevado número de fármacos.

En conclusión, nuestros resultados demuestran que las variables relacionadas con la calidad de vida en los mayores polimedificados no son muy diferentes de las de la población de personas mayores en general, pues se han identificado la edad, sexo, clase social y comorbilidad. En concreto se ha comprobado que las variables asociadas a una mayor calidad de vida en mayores polimedificados fueron la edad, sexo masculino, clase social, actividad física, menor índice de Charlson y presentar menos problemas locomotores y psicológicos.

Tanto los profesionales sanitarios como los gestores de la salud, y los pacientes están de acuerdo en que la atención a la salud debe contemplar la salud percibida por el paciente, por tanto es importante conocer las posibles variables que pueden asociarse a la misma. Los resultados de este estudio resaltan la importancia de evaluar el impacto que la enfermedad y las características sociodemográficas tienen en los diferentes aspectos de la calidad de vida de las personas mayores que consumen varios fármacos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ine.es. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población a 1 de julio de 2013, resultados provisionales. Población residente por fecha, sexo, grupo de edad y nacionalidad. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/p321/serie/10/&file=01003.px&type=pcaxis&L=0>
2. Lago JA, Viveros JE, Heredia J. El gasto farmacéutico en España. Evolución internacional, situación nacional y medidas de control del gasto. Escuela de Administración de Empresas Business School; 2012 [consultado Mar 2012]. Disponible en: http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/eae_gasto_farmaceutico.pdf
3. Molina López T, Caraballo Camacho Mde L, Palma Morgado D, López Rubio S, Domínguez Camacho JC, Morales Serna JC. Prevalencia de polimedización y riesgo vascular en población mayor de 65 años. *Aten Primaria*. 2012;44:216-22.
4. Valderrama E, Rodríguez F, Palacios A, Gabarre P, Pérez del Molino J. Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72:209-19.
5. Garrido-Garrido EM, García-Garrido I, García-López-Durán JC, García-Jiménez F, Ortega-López I, Bueno-Cavanillas A. Study of polymedicated patients over 65 years-old in an urban primary care centre. *Rev Calid Asist*. 2011;26:90-6.
6. Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs Aging*. 2009;26:1039-48.
7. Villafaina A, Gavilán E. Pacientes polimedificados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011;35:114-23.
8. Hamilton HJ, Gallagher P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. *BMC Geriatr*. 2009;28:5.
9. Gnjjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Waite L, Seibel MJ, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2012;65:989-95.
10. Herdman M. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin (Barc)*. 2000; 114 (Supl 3): 22-5.
11. Badía X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med Clin (Barc)*. 1998; 110: 550-6.
12. Badía X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J, editores. *Farmacoeconomía: evaluación económica de medicamentos*. Madrid. Editores Médicos S.A., 1995: 51-76.
13. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996; 37: 53-72.
14. Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GA. Causes and consequences of comorbidity: A review. *J Clin Epidemiol*. 2001;54:661-74.
15. Westert GP, Satariano WA, Schellevis FG, van den Bos GA. Patterns of comorbidity and the use of health services in the Dutch population. *European Journal of Public Health*. 2001; 11:365-72.
16. Wilson PW, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation*. 1998;97:1837-47.
17. Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GA. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol*. 2001;54:661-74.
18. De Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity. a critical review of available

- methods. *J Clin Epidemiol*. 2003;56:221-9.
19. Blasco F, Martínez J, Villares P, Jiménez AI. El paciente anciano polimedicado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2005; 29: 152-62.
 20. Bobes J, Badía X, Luque A, García M, González MP, dal-Ré R. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:530-8.
 21. Luciano JV, Bertsch J, Salvador-Carulla L, Tomás JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Factor structure, internal consistency and construct validity of the Sheehan Disability Scale in a Spanish Primary Care sample. *J Eval Clin Pract*. 2010;16:895-901.
 22. De Rivas B, Permanyer-Miralda G, Brotons C, Aznar J, Sobreviela E. Health related quality of life in un selected outpatients with heart failure across Spain in two different health care levels. Magnitude and determinants of impairment: The INCA study. *Qual Life Res*. 2008;17:1229-38.
 23. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J y Borrell C, del Grupo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013;27:236-72.
 24. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987; 40: 373-83.
 25. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002;162:2269-76.
 26. Marengoni A, Rizzuto D, Wang HX, Winblad B, Fratiglioni L. Patterns of chronic multimorbidity in the elderly population. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57:225-30.
 27. Yusof MY, Horan MA, Jones M, McInnes L, Rabbitt PM, Pendleton N. Developing a self-reported comorbidity index to predict mortality of community-dwelling older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010; 50:e63-7.
 28. Paci J, García M, Redondo FJ, Fernández MI, Grupo Polimedición Litoral. Prescripción inadecuada en pacientes polimeditados mayores de 64 años en atención primaria. *Aten Prim*. 2015;47:38-47.
 29. Meléndez Hernández M, Montero Herrero R, Jiménez Sánchez C, Blanco Mon-tagut LE. Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados. *Aten Primaria*. 2001;28:91-6.
 30. Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncá S, Rué M, Guillen M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit*. 2001;15:217-23.
 31. 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.
 32. Michelson H, Bolund C, Brandberg Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Qual Life Res*. 2001;9:1093-104.
 33. Encuesta nacional de Salud 2011-2012. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. [consultado el 01-06-2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>.
 34. Ferrer A, Formiga F, Almeda J, Alonso J, Brotons C, Pujol R. Calidad de vida en nonagenarios: género, funcionalidad y riesgo nutricional como factores asociados. *Med Clin(Barc)*. 2010;134:303-6.
 35. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware Jr JE, Aaronson NK, Mosconi P, et al. IQOLAProject 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.
 36. 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.
 37. Sivertsen H, Bjørkløf GH, Engedal K, Selbæk G, Helvik AS. Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015; 40:311-39.
 38. Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. *Qual Life Res*. 2001;10:141-8.
 39. Kind P, Leese B, Hardman G. Demonstrating the value of EQ-5D as a tool for monitoring health status in primary care. En: Rabin R, Busschbach JJV, De Charro F, Essink-Bot ML, Bonsel G, editores. Proceedings of the 14th Plenary Meeting of the EuroQol Group. Rotterdam: Erasmus University, 1997;195-212.