



Original breve

Calidad de vida en nonagenarios: género, funcionalidad y riesgo nutricional como factores asociados

Assumpta Ferrer^{a,*}, Francesc Formiga^b, Jesús Almeda^{c,d}, Jordi Alonso^e, Carlos Brotons^f y Ramón Pujol^b

^a Centro de Atención Primaria El Plà, CAP-I, Sant Feliu de Llobregat, Barcelona, España

^b Unidad de Geriátria, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^c Unitat de Suport a la Recerca de Costa de Ponent, IDIAP J Gol, ICS, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^d CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España

^e Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-Hospital del Mar), Barcelona, España

^f Unidad de Investigación-Equipo de Atención Primaria (EAP) Sardenya, Servei Càtala de la Salut, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de abril de 2009

Aceptado el 23 de junio de 2009

On-line el 22 de enero de 2010

Palabras clave:

Nonagenarios
Calidad de vida
Funcionalidad
Riesgo nutricional

Keywords:

Nonagenarians
Quality of life
Functional status
Nutritional risk

RESUMEN

Fundamento y objetivo: En la actualidad, el grupo de edad que presenta un crecimiento más rápido es el de las personas más ancianas. El objetivo del estudio es conocer la calidad de vida en mayores de 89 años y los factores asociados.

Pacientes y método: Se trata de un estudio transversal a los 3 años de seguimiento de una cohorte (NonaSantfeliu). Se evaluó a los participantes supervivientes, con el único criterio de exclusión de deterioro cognitivo grave según el minexamen cognitivo (MEC) de Lobo menor de 19.

Resultados: Se valoraron 37 sujetos, 25 mujeres (68%) y 12 varones, con una edad media (DE) de 94,32 (2,9) años. El índice medio del EuroQol de 5 dimensiones era de 0,51 (0,2) y del EQ que contiene una escala visual analógica era de 63 (2,9). El análisis multivariante mostró como factores asociados a peor calidad de vida el sexo femenino ($p=0,011$; coeficiente de regresión β : 18,99; intervalo de confianza [IC] del 95%: 4,66–33,33), peor índice de Barthel ($p=0,010$; coeficiente de regresión β : 0,38; IC del 95%: 0,09–0,67) y mayor riesgo nutricional ($p=0,001$; coeficiente de regresión β : 3,95; IC del 95%: 2,50–5,41).

Conclusiones: Existe buena percepción media de salud en sujetos de edad superior a 89 años. El sexo, la funcionalidad y el riesgo de malnutrición son factores asociados a la calidad de vida en los nonagenarios.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Health-related quality of life in nonagenarians: gender, functional status and nutritional risk as associated factors

ABSTRACT

Background and objectives: The group of age showing a faster growth is the most elderly people. The objective of this study is to describe the health related quality of life in elderly subjects older than 89 year and to identify related factors.

Patients and methods: A cross-sectional study was done at the third year of a longitudinal study (NonaSantfeliu). We evaluated all survived patients who scored > 19 in the Spanish version of the Mental State Examination (MEC). Sociodemographic data were collected, functional status was determined by Lawton-Brody and Barthel Index (BI) and cognition with MEC. Charlson score was used to measure comorbidity and the nutritional risk was evaluated by the short version of Mini Nutritional Assessment questionnaire (short-MNA). Euroqol-5D (EQ-5D) was used to assess health related quality of life.

Results: The final sample was composed by 37 subjects, 25 women (68%) and 12 men, with a mean age of 94.32 (2.9) years. The mean score in EQ-5D was 0.51 (0.2) and the mean visual analogue self-rating scale (EQ-VAS) was 63 (2.9). Three variables: female gender ($p=0,011$; regression Beta coefficient : 18,99; IC 95%: 4,66–33,33), poor BI score ($p=0,010$; regression Beta coefficient 0.38; IC 95%: 0.09–0.67) and high nutritional risk in short-MNA ($p=0,001$; regression Beta coefficient: 3.95; IC 95%: 2.50–5.41) were associated with quality of life in the multivariate analyses.

Conclusion: A good health quality of life in the oldest old people was observed in this study. Gender, functional status and nutritional risk were associated with quality of life in nonagenarians.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aferrer.cp.ics@gencat.cat (A. Ferrer).

Introducción

En los mayores de 89 años que han sobrepasado los límites extremos de la esperanza de vida, las actuaciones en salud plantean objetivos que ya no pueden ir única y exclusivamente dirigidos a prolongar la duración de la vida, sino que deben incorporar aspectos básicos, como la calidad de vida asociada a su estado de salud^{1,2}. Los estudios publicados en mayores de 65 años referidos a factores relacionados con la calidad de vida describen resultados discrepantes y controvertidos. Así, algunos autores han mostrado peor calidad de vida asociada a mayor edad³, a edades más jóvenes o incluso han referido falta de asociación con la edad⁴. Otros estudios describen una peor calidad de vida en presencia de deterioro funcional o depresión⁵, mientras que otros trabajos realizados describen peor calidad de vida en presencia de enfermedades crónicas^{3,6}. Por otro lado, en el grupo de población más anciana son escasos los estudios realizados desde la comunidad⁷. Por todo esto, el objetivo de este estudio es conocer la calidad de vida no descrita hasta la actualidad en mayores de 89 años y contribuir a clarificar posibles factores asociados, algunos de ellos no analizados, como el riesgo nutricional, susceptibles de intervención en la práctica diaria asistencial.

Pacientes y método

En el marco de un estudio de cohortes prospectivo descrito previamente (estudio NonaSantfeliu)⁷ se presentaron los datos recogidos transversalmente en la tercera evaluación anual. En breve, se invitó a participar a todos los sujetos de un municipio urbano que cumplían como criterio de inclusión ser mayores de 89 años. No hubo exclusión alguna por criterios de salud, grado de cognición o lugar de vivienda. Se trataba de 305 habitantes, asignados a alguno de los 2 centros de atención primaria de salud del municipio. El índice de respuesta fue del 61%, con 186 participantes. Al inicio del tercer año de seguimiento, la valoración no pudo realizarse en 104 participantes por fallecimiento. De los 82 restantes, se excluyeron 42 pacientes por presentar deterioro cognitivo inferior a 19⁵ según la puntuación obtenida en la versión española adaptada por Lobo et al del minexamen cognitivo (MEC). De los 40 pacientes resultantes, finalmente se incluyó a 37 pacientes (92%) que aceptaron contestar (uno de ellos estaba hospitalizado en el momento de la entrevista y 2 se habían desplazado del municipio).

Valoración geriátrica

Los datos, recogidos por entrevistadores previamente formados, fueron los habituales en evaluación clínica y geriátrica⁵: sociodemográficos, agudeza visual mediante el test de Jaeger y agudeza auditiva mediante el test del susurro, capacidad funcional para actividades básicas de la vida diaria con el índice de Barthel (IB). Esta es una escala ordinal con una puntuación total de 0-100 (dependencia: total [0-20], grave [21-40], moderada [41-60], leve [61-90] e independiente [>90]). Para evaluar la capacidad de desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria se utilizó el índice de Lawton-Brody. El estado cognitivo se valoró con el MEC, que puntúa sobre un total de 35. La comorbilidad asociada se evaluó según el índice de Charlson. El riesgo nutricional se valoró mediante la versión abreviada (*short form*) del Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF), que tiene un rango de puntuación de 0-14 (los valores por debajo de 11 identifican riesgo de malnutrición). Otras variables recogidas fueron visitas a urgencias, ingresos y número total de fármacos.

Valoración de la calidad de vida

Se administró el cuestionario para valorar el índice europeo de calidad de vida, EuroQol (EQ) de 5 dimensiones (EQ-5D)^{8,9} (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión). Además, este índice contiene una escala visual analógica (EQ-EVA), que puntúa de 0 a 100, donde el 100 es el mejor estado de salud. Un tercer elemento del EQ-5D es el índice de valores sociales obtenido para cada estado de salud generado, y se calcula a partir de unos coeficientes adaptados a la población española³. Se valoraron en este estudio los resultados de las dimensiones del EQ-5D y se agruparon en 2 categorías de pacientes: con problemas (niveles 2 y 3) y sin problemas (nivel 1) para cada una de las dimensiones. Posteriormente, se evaluó a los pacientes en función de la puntuación expresada en la EQ-EVA para la autopercepción de su estado de salud. Para esto, primero se categorizaron en 2 grupos según la EQ-EVA; el punto de corte fue la mediana (60) hallada de esta escala, y en segundo lugar se analizó este índice como variable continua. Finalmente, se calculó el índice de valores sociales EQ-5D.

Análisis estadístico

Se realizó el análisis descriptivo, donde la significación estadística de las diferencias se valoró mediante el test de la *t* de Student para la comparación de las variables cuantitativas con distribución normal y mediante test no paramétricos en caso de distribución no normal de la variable. La prueba de Ji al cuadrado con el test exacto de Fisher se utilizaron en la comparación de variables cualitativas, y se realizó un análisis de variancia (ANOVA) simple entre grupos para comparar valores de variables. Posteriormente, se aplicaron 2 modelos de regresión lineal múltiple utilizando como variables dependientes continuas los valores de la EQ-EVA y del índice EQ-5D, respectivamente. Los resultados se expresan según coeficiente de regresión β no estandarizado y su intervalo de confianza (IC) del 95%. Los factores incluidos en el modelo de regresión fueron aquellos que habían obtenido asociación significativa con la variable dependiente, con valores de $p < 0,1$ en el análisis bivariado, junto con otras variables de valoración geriátrica con asociación previa. Se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados

Se incluyó a 25 mujeres (68%) y 12 varones, con una edad media (DE) de 94,3 (2,9) años. Vivían en su domicilio 28 (75,7%), y el resto (24,3%) estaba institucionalizado. Eran viudos 28 (76%) y vivían solos 7 (18,9%) de los entrevistados; en el 76% de la muestra existía cuidador, bien un familiar en 18 casos (48,6%) o bien un profesional en 10 casos (27%). Respecto al nivel educativo, 6 participantes (16%) tenían estudios de menos de 6 años.

Valoración geriátrica

En la valoración sensorial, 4 de los entrevistados (10,8%) presentaban déficit visual y 11 (29,7%) presentaban déficit auditivo. En las actividades instrumentales de la vida diaria, la media del índice de Lawton-Brody fue de 4 (2,5). Respecto a las actividades básicas de la vida diaria, la media del IB era de 81,2 (21,5); en el MEC se obtuvieron unas puntuaciones medias de 31,3 (2,9), el MNA-SF medio fue de 12 (1,8) y la media del índice de Charlson fue de 0,6 (1). La media de fármacos era de 3,4 (2). El número medio de visitas a urgencias hospitalarias fue de 0,5 (0,8) y el de ingresos fue de 0,2 (0,5).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3802689>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3802689>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)