

Valoración de la calidad de vida en los pacientes crónicos pluripatológicos

Enfermera. Máster en Investigación en Cuidados de la Salud por la Universidad Complutense de Madrid. Dirección de contacto: elenamegon@gmail.com

Resumen

Introducción: la sociedad se caracteriza por un aumento progresivo de la población envejecida, entre cuyas características sanitarias se encuentra la pluripatología. Por ello, en Castilla y León se implanta una estrategia de atención al paciente crónico pluripatológico en situación de complejidad, también llamado G3. Para tratarlos holísticamente se decide investigar sobre la percepción de su calidad de vida, específicamente en las zonas básicas de salud de La Victoria y de Magdalena de Valladolid Este.

Objetivo: valorar la calidad de vida de los pacientes pluripatológicos catalogados como G3 en la plataforma Medora en un momento aleatorio de su vida.

Método: a través de un estudio descriptivo de tipo serie de casos se evalúan cuantitativamente distintas variables empleando el cuestionario de calidad de vida SF-36, la escala EVA, el índice de Barthel y el examen Mini Mental.

Resultado: la calidad de vida de los participantes es de 49,12 puntos (DT 27,84) según el cuestionario SF-36, puntuando con 41,04 puntos (DT 27,20) la esfera física y 57,20 puntos (DT 28,47) la mental.

Conclusiones: los pacientes G3 refieren peor estado en la esfera física que en la psíquica, existiendo diferencias entre las zonas básicas de salud analizadas. De este mismo modo, el colectivo estudiado presenta mejor estado de salud mental que los valores de referencia normales de la población española.

Palabras clave: enfermedad crónica; pluripatología; G3; envejecimiento; calidad de vida; SF-36.

Abstract

Assessment of quality of life in chronic pluripathological patients

Introduction: our society is characterized by the progressive increase of an aging population, and one of their features is pluripathology. For this reason, a strategy of care was implemented in Castille and León for chronic pluripathological patients with multiple conditions in complex situation, also called G3. In order to provide holistic treatment, it was decided to conduct research on their perceived quality of life, specifically in the basic healthcare areas of La Victoria and Magdalena in Eastern Valladolid.

Objective: to assess the quality of life of pluripathological patients, classified as G3 in the Medora platform, at a random moment in their lives.

Method: a descriptive study, of the type series of cases, with quantitative assessment of different variables, by using the Quality of Life Questionnaire SF-36, the AVS scale, Barthel Index, and Mini Mental Test.

Result: the quality of life of participants reached a 49.12 score (SD 27.84) according to the SF-36 questionnaire; there was a score of 41.04 (SD 27.20) for the physical area and of 57.20 (SD 28.47) for the mental area.

Conclusions: G3 patients reported that their physical area was worse than their psychological area, and there were differences between the basic healthcare areas analyzed. Likewise, the population of the study presented a better mental health status than the normal reference values in the Spanish population.

Key words: chronic condition; pluripathology; G3; ageing; Quality of Life; SF-36.

Introducción

Los últimos cambios sociosanitarios y los avances médicos han permitido un aumento de la esperanza de vida de las personas. Esto, junto a la disminución de la natalidad, ocasiona una inversión de la pirámide demográfica, donde predomina la población envejecida. A este grupo se le asocia frecuentemente el padecimiento de una o varias enfermedades que tienden a arraigarse. Esta situación de cronicidad hace que la población mayor sea la que más utiliza los sistemas sanitarios.

Se considera pluripatología a la "coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas, que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales (Atención Primaria, Atención Especializada, Servicios Sociales)" (1).

Independientemente del grado de salud-enfermedad del usuario, existen distintos modelos organizativos de los sistemas sanitarios. El Sistema Nacional de Salud (SNS) español plantea en 2006 un Plan de Calidad que, posteriormente, incluye estrategias sanitarias de abordaje a la cronicidad, principalmente hacia las enfermedades que suponen una mayor prevalencia, de forma que cada comunidad autónoma establece su propio modelo de actuación (2).

En Castilla y León, el SaCyL crea en 2013 una estrategia basada en los grupos de riesgo clínico (CRG) con el fin de realizar un cuidado más personalizado a su estado. Los CRG se crean teniendo en cuenta los datos demográficos, los problemas de salud existentes y la necesidad de prescripción farmacológica de cada individuo. En el Cuadro 1 se muestran los grupos obtenidos a partir de los niveles de gravedad y los distintos estados de salud de la población. A partir de esto se forman cuatro grandes grupos que constituyen los niveles de atención sanitaria de la estrategia (3,4).

Esta estrategia se centra en el paciente crónico en situación de complejidad o pluripatológico, identificado como G3. Para poder ser incluido en este grupo se ha otorgado una prioridad especial a las patologías de mayor prevalencia e impacto en el ciudadano y el sistema sanitario, de las cuales es necesario estar diagnosticado de mínimo tres. Las enfermedades indicadas son las siguientes:

- Patología cardíaca: insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmias.
- Ictus.

Cuadro 1. Relación entre los estados de salud y el nivel de gravedad

Estado de salud	Niveles de gravedad						
	0	1	2	3	4	5	6
1. Sanos (incluye No usuarios)							
2. Historia de enfermedad aguda significativa							
3. Enfermedad crónica menor única							
4. Enfermedades crónicas menores varios órganos							
5. Enfermedad crónica dominante única							
6. Dos enfermedades crónicas dominantes							
7. Tres enfermedades crónicas dominantes							
8. Enfermedad neoplásica metastásica							
9. Enfermedades catastróficas							

A cada estado de salud se le asocia un nivel de gravedad según los criterios de los CRG. De esta forma se observa que existen estados de salud que comparten el mismo nivel de gravedad, por lo que se agrupan según su tendencia y se crean cuatro grupos que suponen la estratificación de la población en G0, G1, G2 y G3, a cada uno de los cuales se les asocia unas intervenciones sanitarias específicas.

Fuente: SaCyL (3,4)

- Enfermedades neurodegenerativas, demencias.
- Diabetes.
- Enfermedades respiratorias: EPOC, asma.
- Enfermedades digestivas: enfermedades inflamatorias crónicas, hepatopatías crónicas.
- Enfermedades osteomusculares: artrosis, osteoporosis, artritis.
- Enfermedades mentales: trastornos psicóticos, depresión mayor crónica.
- Enfermedad renal crónica.

Además, este grupo cumpliría algunas de las siguientes características:

- Padecimiento de varias enfermedades crónicas concurrentes.
- Alta frecuencia hospitalaria.
- Estar polimedicado, es decir, tener un tratamiento farmacológico de más de cinco medicamentos.
- Tener disminuida la autonomía personal temporal o permanentemente.
- Edad avanzada, escaso apoyo familiar y social (4).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948), la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia" (5), pero, ¿los sanitarios, en concreto los enfermeros, conocen las necesidades sociosanitarias de los pacientes o solo son conscientes de sus procesos patológicos? y ¿saben cómo perciben ellos su salud, es decir, si consideran que tienen buena calidad de vida o no?

Tan importante es la actuación del profesional sanitario en la afección como lo es la involucración del principal afectado, el propio paciente. Por ello, conocer las habilidades y recursos de afrontamiento de los enfermos permitiría orientar con mayor éxito su tratamiento y la actuación enfermera para mejorar su salud pues, siempre que fuese posible, se aprovecharía su energía para la consecución de los objetivos determinados.

Según Schwartzmann, en 2003, se entiende por calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) "la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal en el ámbito: fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración) y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras)" (6).

Según Kalker y Roser (1987) y Haes y Van Knippenberg (1985-1987), la calidad de vida en los enfermos crónicos se refiere al nivel de bienestar de la propia persona teniendo en cuenta las patologías que padece, su tratamiento y los efectos colaterales frente a la adaptación en las esferas funcional, cognitiva, emocional, social y laboral (7).

Investigar sobre la calidad de vida de los individuos podría resultar útil para alcanzar conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad y el estado del paciente por medio de la comunicación entre sanitarios y pacientes, y así se adecuarían los cuidados a sus necesidades.

Para ello existen múltiples instrumentos estandarizados. Estados Unidos creó el cuestionario de salud SF-36 a principios de los años noventa y ha sido de amplia difusión y adaptación mundial por medio del proyecto IQOLA (*International Quality of Life Assessment*). Este test permite la evaluación multidimensional del estado de salud de la población, siendo una de las escalas más útiles en la valoración de la CVRS por sus adecuadas propiedades psicométricas (8).

El objetivo primario de este estudio es valorar la calidad de vida de los pacientes pluripatológicos catalogados como G3 en la plataforma Medora por medio del cuestionario validado SF-36. También se establecen objetivos secundarios:

- Valorar las capacidades físicas y mentales de los pacientes G3 en su proceso de enfermedad.
- Conocer si existen diferencias de calidad de vida entre las zonas básicas de salud analizadas.

Material y método

Diseño

Este estudio es cuantitativo y descriptivo de tipo serie de casos multicéntrico y transversal. En él no se realiza un seguimiento en el tiempo de los individuos ni existe un grupo comparador.

Criterios de inclusión y exclusión

Para poder ser incluidos en esta investigación, los individuos han de cumplir los criterios de inclusión y exclusión recogidos a continuación.

Criterios de inclusión:

- Pertener a las zonas básicas de salud de Magdalena o de La Victoria (Valladolid Este).
- Tener 50 años ya cumplidos, o ser mayor de esta edad. Se selecciona esta cifra como límite por su relación con la media de edad de 47,10 años en Castilla y León (9), así como por la distribución de la media de casos atendidos ambulatoriamente en relación con la edad en la misma comunidad autónoma. Esto se representa en el Gráfico 1, donde se observa un aumento de casos que precisan asistencia ambulatoria a partir de los 50 años respecto a los grupos de menor edad. También está relacionado con los datos obtenidos en distintos estudios basados en investigaciones epidemiológicas de Andalucía, en los que se observa un aumento de la pluripatología a partir de los 55 años (10).
- Estar catalogado como G3 en la plataforma Medora.

Criterios de exclusión:

- Haber fallecido en el periodo de citación para el estudio de los participantes.
- Encontrarse hospitalizado durante el periodo de reclutamiento.
- Tener un resultado igual o inferior a 23 puntos en el test de valoración cognoscitiva Mini Mental.

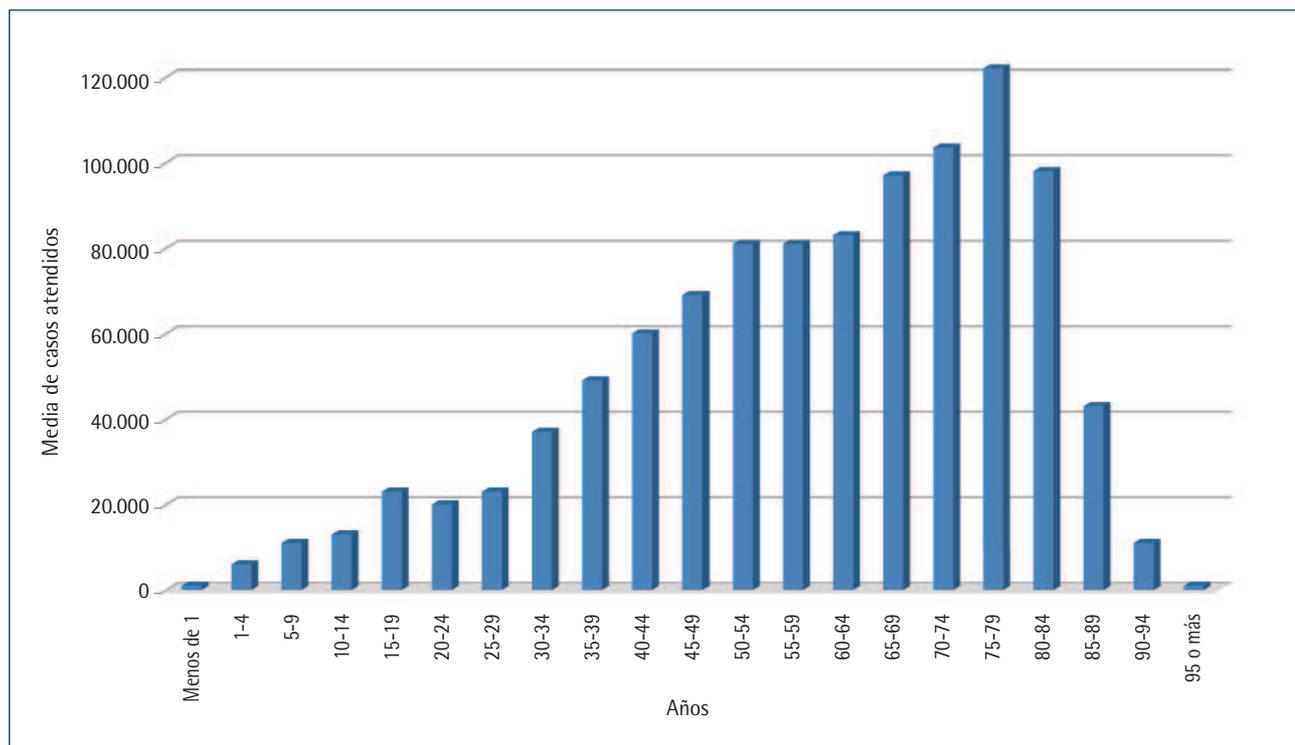


Gráfico 1. Distribución de los casos atendidos ambulatoriamente en Castilla y León según su edad

Población de estudio y muestra

Se lleva a cabo un estudio multicéntrico sobre los pacientes catalogados como G3 en las zonas básicas de salud (ZBS) de Magdalena y de La Victoria, correspondientes al área de salud urbana de Valladolid Este. Según los últimos datos disponibles del Ayuntamiento de Valladolid, los barrios que constituyen estas zonas básicas de salud se caracterizan por lo siguiente:

- La Victoria atiende a 17.647 individuos (8.982 mujeres y 8.665 hombres), cuyo crecimiento supone un 7% en los últimos 10 años. Esta población está representada por un índice de envejecimiento del 17,3% y de sobre-envejecimiento del 10,8%. Por otra parte, el índice de dependencia de esta zona es de 46,8%. Según el Ayuntamiento de Valladolid, es un barrio residencial con importante actividad comercial, de restauración y hostelería (11).
- Magdalena atiende a 9.997 ciudadanos, de los cuales 5.412 son mujeres y 4.585, hombres. Esta población ha disminuido en los últimos años y se caracteriza por un índice de envejecimiento del 22,5%; de sobre-envejecimiento del 21,65% y de dependencia del 50,65%. Esta zona es casi exclusivamente de uso residencial según el Ayuntamiento de Valladolid (12,13).

Se seleccionan por conveniencia dos grupos de pacientes asignados a dos profesionales sanitarios, uno de cada zona básica de salud, consiguiéndose 150 personas identificadas como G3. Tras la comprobación de cada uno de los potenciales participantes se concluye lo siguiente atendiendo a los criterios de inclusión-exclusión anteriormente indicados:

- 10 personas han cambiado de domicilio o han fallecido recientemente.
- 14 personas tienen un deterioro cognitivo grave.
- Nueve individuos tienen menos de 50 años.
- Cuatro de ellos están ingresados en el momento de la citación para realizar los cuestionarios y así permanecen tras varios intentos.

Por ello, se excluyen del estudio 37 de los 150 potenciales participantes, obteniendo así una población de estudio de 113 individuos que cumplen los criterios de la investigación.

Se recluta a todos los individuos que cumplen los criterios del estudio y aceptan la inclusión en el mismo y se consigue una muestra de 80 participantes, que suponen el 70,8% de la población sujeto de estudio. Los individuos restantes rechazaron su participación en el presente estudio.

Duración de la intervención

La obtención de datos se realiza entre el 9 de enero y el 31 de marzo de 2017. Las tres primeras semanas se dedicaron a la selección y citación de la muestra del estudio y durante las nueve semanas restantes se cumplimentaron los cuestionarios. Seguidamente se analizaron los documentos para la obtención de resultados estadísticos.

Procedimiento

La muestra se obtiene de los centros urbanos de Atención Primaria de La Victoria y de Magdalena en los días laborales. Se contacta telefónicamente con los posibles participantes del estudio para informarles sobre los objetivos de este y solicitar su participación asegurando el anonimato de sus datos. En los casos que aceptan ser incluidos, se les cita para la realización de una entrevista clínica en el propio centro de salud o, en caso de dificultades físicas que lo impidan, se les da la opción de realizarlo en su domicilio.

En la entrevista clínica se informa nuevamente al participante del objetivo del estudio y se le entrega el consentimiento informado impreso por duplicado, el cual debe leer, firmar y recibir una copia antes de continuar el proceso. La segunda copia del consentimiento es custodiada por el investigador principal.

Además, se cuenta con los cuestionarios impresos para su cumplimentación. Cada uno de ellos se identifica con la fecha de realización y un número identificador que cuenta con ocho dígitos para mantener el anonimato de los participantes. Los datos demográficos y los referentes a las patologías de cada individuo se obtienen de la historia clínica informática, mientras que se formula el resto de las preguntas con sus posibles respuestas en voz alta al participante para seleccionar aquella que este indique como la más adecuada.

Seguidamente se introducen todos los valores manualmente en una base de datos creada para ello; se recalibran los datos de las preguntas que lo precisan según las normas de cada test empleado y se transforman en resultados estadísticos con el programa informático seleccionado para su posterior interpretación.

Material utilizado

Para comenzar el estudio se llevaron a cabo llamadas telefónicas con las cuales contactar con los participantes. En la entrevista se emplearon formularios en formato papel para el consentimiento informado y para los distintos cuestionarios validados utilizados como variables.

Fue necesario un soporte informático con acceso a la plataforma Medora donde se encuentra la historia clínica de la cual se recopilan los datos personales de los participantes, y para la compilación y manipulación de la información obtenida por medio del programa Excel y el SPSS (versión 23).

Variables a recoger y analizar

A través de los cuestionarios se recogen las variables cualitativas nominal lugar de cumplimentación de la encuesta y dicotómica sexo. Las patologías del participante se definen como variables cualitativas dicotómicas, se obtienen de la historia clínica informatizada del mismo y se incluyen: enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, patología osteomuscular, respiratoria, digestiva, diabetes, enfermedad mental, renal, oncológica, neurodegenerativa, enfermedad en estado terminal e ictus. También se analizan las variables cuantitativas discretas que se describen a continuación:

- Índice de Barthel, con puntuación entre 0 y 100, de tal modo que a menor puntuación, mayor dependencia física. A partir de la puntuación obtenida se determina que existe dependencia moderada para los valores entre 61 y 90 puntos (14).
- Mini-examen cognitivo (*minimal state examination*), basado en Folstein et al. (1975) y Lobo et al. (1979). La puntuación máxima permitida es de 30, considerándose 23 puntos o menos como sospecha patológica (15).
- Escala Analógica Visual (EVA), con valores entre 0 y 10 puntos, interpretándose a mayor puntuación, mayor sensación de dolor en el momento de realizar la entrevista (16).

Como variable dependiente de tipo cuantitativa continua está la edad y la calidad de vida, que se define por medio del cuestionario SF-36. La puntuación de este es entre 0 y 100 puntos, considerándose una buena calidad de vida a partir de 50 puntos, existiendo mejor percepción de la misma a mayor puntuación. De igual modo se interpretan las variables relacionadas, que son cuantitativas continuas (8):

- Salud en general: valorando el estado actual y el futuro. Puede tomar valores entre 5 y 25 puntos.
- Vitalidad, relacionada con el sentimiento de energía y agotamiento, obteniendo de 4 a 24 puntos.
- Salud mental, es decir, el estado psicológico del individuo respecto a emociones, depresión y ansiedad. Para ello se califica de 5 y 30 puntos.
- Dolor corporal, que valora el dolor y su efecto a diario pudiendo alcanzar una puntuación entre 2 y 12 puntos.
- Funcionamiento físico, en relación con las limitaciones de la salud para las actividades de esta esfera. Se representa su estado entre una puntuación de 10 a 30 puntos.
- Rol físico, entendido como la interferencia de la salud en el trabajo y otras actividades en el deseo o rendimiento. Su puntuación va de 4 a 8, representando la mayor interferencia una menor puntuación.
- Rol emocional, atendiendo a las interferencias del estado emocional con el trabajo y otras actividades. Adquiere valores entre 3 y 6 puntos.
- Funcionamiento social, con una puntuación entre 2 y 10 puntos se muestra la limitación en la vida social en relación con el estado emocional.
- Evolución del grado de salud en el tiempo. Los valores posibles son entre 1 y 5 puntos en función de cómo considera que ha evolucionado su salud en el último año, siendo la máxima puntuación representativa de encontrarse mucho peor que el año anterior.

Para la obtención de la puntuación final del cuestionario SF-36, 10 de las 36 preguntas que lo constituyen se codifican según los algoritmos descritos en el manual de manejo del cuestionario SF-36 y se transforma en una escala de 0 a 100 para su posterior análisis estadístico. También se consiguen los índices resumen de Salud Física y de Salud Mental, que son componentes sumatorios de ocho de las nueve variables del cuestionario SF-36 (se excluye para ello el grupo de evolución de la salud) (8,17).

Análisis estadístico

Se lleva a cabo un estadístico descriptivo univariante y se muestran las variables cualitativas en forma de frecuencias mientras que las variables cuantitativas, tanto discretas como continuas, se representan por medio de su posición central con la media y su dispersión con la desviación típica (Tabla 1).

Se plantea la hipótesis nula de que las medias de cada variable cuantitativa son iguales en ambos cupos y su correspondiente hipótesis alternativa bilateral. Ante esto se realiza un contraste de hipótesis de dos colas entre los dos cupos empleando la prueba t de *Student* para dos muestras independientes con el programa SPSS (versión 22). A partir de esta prueba se obtiene el valor p y los intervalos de confianza con una seguridad del 95% para aquellos casos en los que se rechaza la hipótesis nula.

Consideraciones ético-legales

Se solicitó autorización al Comité de Ética e Investigación pertinente ante la necesidad de acceder a datos personales incluidos en las historias clínicas de la muestra de estudio.

Financiación

No se cuenta con financiación económica pública ni privada para la realización de este estudio.

Resultados

Una vez obtenidos los resultados se observa que el 60% de los G3 encuestados es mujer, siendo mayor el número de estas en el centro de salud de La Victoria que en el de Magdalena (58,33% frente al 41,67% de cada cupo correspondiente). Por otra parte, la media de edad de estos pacientes crónicos pluripatológicos es de 75,54 años, siendo mayores los del centro de salud de Magdalena con 75,69 años (mín. 56; máx. 96; DT 9,95), mientras que la media de edad en La Victoria es de 73,98 años (mín. 50; máx. 92; DT 10,42). De todos ellos, el 65% acudió al propio centro de salud para su valoración, siendo necesario captar al 35% restante en su domicilio o centro de institucionalización por alegar una situación de dependencia que les imposibilitaba acudir a la consulta en el centro de salud.

Tras analizar las patologías de mayor impacto indicadas anteriormente, la prevalencia en los individuos analizados se observa en el Gráfico 2.

Tabla 1. Descripción univariante de los participantes en el estudio

Sexo	Total	Porcentaje
Hombres	32	40%
• Magdalena	20	62,5%
• La Victoria	12	37,5%
Mujeres	48	60%
• Magdalena	20	41,67%
• La Victoria	28	58,33%
Edad	Media 75,54	Rango 46(50-96)
	n	Porcentaje
50-59	7	8,75
60-69	17	21,25
70-79	24	30
80-89	27	33,75
90-99	5	6,25
ZBS	Total	Porcentaje
Magdalena	40	50%
La Victoria	40	50%
Lugar de la entrevista	Total	Porcentaje
Domicilio	28	35%
• Magdalena	13	46,43%
• La Victoria	12	37,5%
Centro de salud	52	65%
• Magdalena	27	51,92%
• La Victoria	25	48,08%

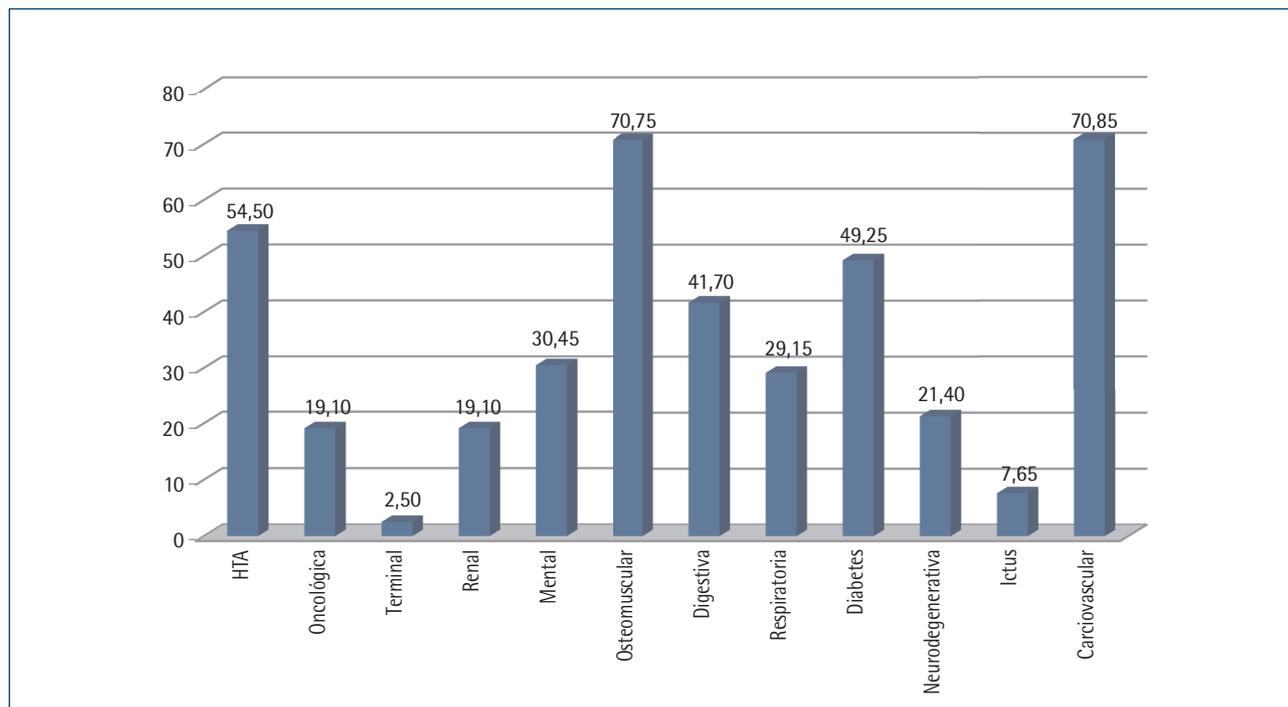


Gráfico 2. Prevalencia de la patología analizada

Estas patologías causan una dependencia moderada según el índice de Barthel (media 85,95 puntos), 5,9 puntos menos en los pacientes catalogados como G3 en La Victoria (83 puntos, DT 25,26) que en Magdalena (88,9 puntos, DT 15,58). Por otra parte, se conserva el estado cognitivo de estos G3 con 27,63 puntos de media en el examen Mini Mental. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para el índice de Barthel ni para el Mini Mental.

La población perteneciente a la zona básica de salud de La Victoria indica tener mayor dolor (6,93, IC95% 6,84-7,01) según la escala EVA en el momento de realizar la encuesta que Magdalena (5,53, IC95% 5,38-5,67) con un valor p 0,011. De igual modo, siendo 5 el máximo valor posible en esta variable e indicativo de peor evolución, el grupo perteneciente a La Victoria considera que su salud ha empeorado en el último año con una puntuación de 3,85 (IC95% 3,8-3,9), frente al resultado de 3,13 (IC95% 3,07-3,18) de la población de Magdalena (valor p 0,002).

Respecto a la valoración de la calidad de vida propiamente dicha por medio de la encuesta SF-36, la puntuación media en este cuestionario es 49,12 (DT 27,84), desglosándose esta en el sumatorio de la esfera física con 41,04 puntos (DT 27,2) y en la esfera mental con 57,2 puntos (DT 28,47). En la Tabla 2 se muestra la distribución de este estado en cada una de las zonas básicas de salud analizadas.

Tabla 2. Medias de los Índices de Salud Física (ISF) y Mental (ISM) del cuestionario SF-36 en ambas zonas básicas de salud y sus correspondientes contrastes de hipótesis bilateral

	ZBS MAGDALENA			ZBS LA VICTORIA			valor p
	Media	IC95%		Media	IC95%		
ISF	51,19	49,97	52,4	30,9	29,39	32,41	0,001
ISM	58,56	57,02	60,1	55,85	54,54	57,16	NS

Los datos obtenidos del cuestionario SF-36 incluyen valores de 0 a 100 puntos, considerándose una buena calidad de vida una puntuación igual o superior a 50 puntos. A partir de las variables independientes de dicho cuestionario se obtienen los Índices de Salud Física (ISF) y de Salud Mental (ISM)

Debido a las importantes diferencias entre ambas zonas básicas de salud, se analizan minuciosamente las variables que determinan los índices sumatorios indicados anteriormente y se observa que la muestra procedente de La Victoria se encuentra 15,03 puntos por debajo de salud general (32,93, IC95% 31,97-33,88) que la de Magdalena (IC95% 46,87-49,03) (p valor 0,001), destacando La Victoria ligeramente sobre esta en la función física con 54 puntos (DT 29,09) frente a los 52,38 puntos (DT 26,34) de Magdalena (p valor NS) y el rol emocional con 61,67 (DT 45,01) en La Victoria ante los 54,17 (DT 41,82) de la muestra restante (p valor NS). La ZBS de Magdalena sobresale en el resto de ítems (salud general, rol físico, función social, dolor corporal, vitalidad y salud mental) entre 4,88 y 35 puntos más.

Discusión y conclusiones

Discusión

Para el cuestionario SF-36 existen normas poblacionales de las puntuaciones sumario (ISF e ISM) por grupos de edad y sexo en la población española (18). En estas, los datos pertenecientes al grupo de 50 a 64 años proceden de la "Encuesta domiciliaria sobre el uso de drogas" (19) y a partir de 65 años, de la investigación sobre "Hipertensión arterial y otros factores de riesgo en la población de 60 y más años en España" (20). Resulta complicado comparar estos grupos con los participantes del presente estudio por sus diferentes criterios de inclusión y agrupación. Aun sabiendo que no se corresponden con el grupo analizado en la presente investigación, que es el de los pacientes crónicos pluripatológicos, se decide contrastar los resultados de este estudio con las normas estandarizadas, indicando la puntuación del grupo de menor edad (50 a 64 años) y en el de mayor edad (mayores de 65 años) representado.

- En los participantes de este estudio, la puntuación media en la esfera física es de 41,04 y en el de salud mental, 57,2, encontrándose únicamente en buen estado de salud mental por poseer una puntuación mayor que 50.
- Las normas poblacionales españolas muestran una puntuación media de 45,16 (40,16 para el grupo de mayores de 65 años y 50,15 para el restante) en salud física y de 49,61 para la salud mental (48,64 y 50,58, respectivamente) (18). En estas normas se muestra que la población entre 50 y 64 años tiene mejor calidad de vida tanto en la esfera física como en la mental.

Según los resultados de la presente investigación, los pacientes pluripatológicos analizados tienen buen estado de salud psíquica por tener una puntuación mayor de 50, siendo esta mayor que la física. Además, destacan en esta esfera respecto a las normas estandarizadas por tener una puntuación mayor (57,2 frente a 49,61 puntos, respectivamente).

Respecto al estado cognitivo, se desestima la participación de aquellos individuos que presentan un Mini Mental igual o inferior a 23 puntos por indicar deterioro cognitivo. Esto interferiría con los resultados por no ser objetivamente valorables algunas de las cuestiones a analizar. De este modo, este mini-examen y el índice de Barthel indican un adecuado estado cognitivo ante un deterioro físico moderado para la realización de las actividades básicas, aspectos que influyen indirectamente sobre la esfera psicosocial de la población.

Por otra parte, los pacientes G3 investigados refieren encontrarse "más o menos igual" o "algo peor" que hace un año respecto a su estado de salud en general, existiendo diferencia entre las zonas básicas de salud analizadas, de forma que los participantes de La Victoria refieren encontrarse en peor estado que los de Magdalena (valor p 0,002).

A pesar de las diferencias en puntuación entre los cupos de población estudiados, no existe significación estadística que lo avale para los ítems de función física, rol emocional y vitalidad. Para el resto de los ítems, el valor p obtenido es menor de 0,05, indicativo de dicha diferencia. Si se valoran estos ítems en sus sumatorios de salud física y mental, sus valor p son de 0,001 y NS, respectivamente. A partir de esto se puede confirmar la existencia de diferencias entre los cupos escogidos en la esfera física, encontrándose en mejor estado los participantes de Magdalena (51,19 puntos) que los de La Victoria (30,18 puntos).

Al tratar de relacionar los índices de envejecimiento, sobre-envejecimiento y dependencia de las zonas básicas de salud estudiadas (9-11), en La Victoria, constituida por una población más joven en relación con los de la zona básica de salud de Magdalena, más envejecida, los resultados son inferiores. Este hecho no se corresponde con lo que cabría esperar, pues siendo de edad más avanzada en Magdalena, refieren mejor estado de salud física.

Fortalezas

Para la captación de la muestra ha sido de especial ayuda la relación sanitaria enfermero-paciente existente, de forma que,

la confianza profesional establecida ha facilitado la aceptación y accesibilidad de los participantes para la realización de este estudio.

De igual modo, la historia clínica informática ha permitido que la recogida y análisis de datos sociosanitarios resultase más sencilla al incluirse la mayoría de las variables de forma ordenada en la plataforma informática donde se encuentra la historia clínica (en Castilla y León se conoce como Medora).

Además, la recogida de datos ha sido efectuada por un único encuestador, por lo que el modo de entrevistar ha coincidido en todos los participantes disminuyendo el sesgo de información.

Limitaciones

La estrategia de salud por la cual surge la categorización de los pacientes crónicos pluripatológicos se implanta en Castilla y León en el año 2013. Relacionado con esta reciente instauración, no existen artículos científicos en los que se trate a dicho colectivo en el ámbito regional ni estatal. A pesar de ello, sí existen investigaciones internacionales que presentan la utilidad del cuestionario SF-36 para evaluar y mejorar la continuidad asistencial (21,22).

La bibliografía empleada es difícilmente comparable con la población a estudio, ya que gran parte de los artículos refieren un aumento de la pluripatología a partir de los 65 años, por lo que seleccionar una muestra con el criterio de inclusión de tener 50 años o ser mayor de esta edad, puede afectar a los resultados obtenidos. Además, se desconoce el tamaño muestral adecuado para que este estudio pudiese haber sido representativo de la calidad de vida de este tipo de pacientes y, los seleccionados, no han sido escogidos aleatoriamente sino por medio de un muestreo de oportunidad. Por ello, los resultados obtenidos no pueden extrapolarse para este colectivo, careciendo este estudio de validez externa.

Por otra parte, algunos participantes consideran excesivo el tiempo empleado para cumplimentar cada entrevista (20-30 minutos), por lo que podría ser mejor aceptado para su uso cotidiano una de las variantes del SF-36, que es el SF-12, que también valore la calidad de vida.

Se permitió el acompañamiento durante la cumplimentación de la entrevista, pero, al finalizar el estudio, se observó que, en algunas ocasiones, la presencia del mismo -cuidador principal o no- condicionaba las respuestas del encuestado. Por ello se sugiere la cumplimentación futura de las entrevistas en presencia única del participante en el estudio.

Respecto a los datos obtenidos, se introdujeron manualmente en la base de datos, pudiendo existir errores en su transcripción. Para disminuirlos al máximo se revisaron los datos de la base con los cuestionarios en tres ocasiones, corrigiendo los posibles errores cometidos en la transcripción. En el análisis estadístico, no se ha estudiado la distribución de patologías por zonas básicas de salud, por lo que se desconoce si su distribución es igual o diferente en las mismas.

Conclusiones

Los resultados de este estudio muestran que los pacientes G3 analizados consideran tener una mala calidad de vida. Esto se representa principalmente por una peor valoración en la esfera física que en la mental.

Los participantes presentan una precaria calidad de la salud física relacionada con un estado de dependencia moderada para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Haciendo frente a la esfera mental, los individuos estudiados perciben una buena calidad de salud mental y demuestran un aceptable estado cognitivo en el momento de realizar el estudio con el examen Mini Mental.

Se ha encontrado evidencia que respalde la mejor calidad de vida en la esfera física en los participantes de la ZBS de Magdalena que de La Victoria, careciendo de la misma para la esfera mental.

El modo de selección de la muestra impide extrapolar los resultados de este estudio al resto de pacientes pluripatológicos, siendo únicamente representativo de los individuos analizados.

Conseguir una buena calidad de vida debería ser un aspecto que habría que fomentar en la sociedad desde edades tempranas puesto que, en la mayoría de los casos, los años acumulan los resultados de éxitos y fracasos de toda una vida. Para ello sería importante que mejorar la calidad de vida fuese un objetivo común dentro del equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios por medio de los cuales prevenir, controlar las enfermedades y paliar sus síntomas procurando el menor efecto de estos sobre la salud de los pacientes.

Los resultados obtenidos muestran amplias diferencias entre la patología y la calidad de vida de los individuos analizados

que responden a la distribución en las zonas básicas de salud. Ante esto surgen futuras líneas de investigación por las cuales se puede analizar cuáles pueden ser los motivos que desencadenen estas desigualdades, así como implantar estrategias que mejoren la calidad de vida y la salud de los pacientes pluripatológicos y valorar su eficacia sobre los mismos.

Debido a la limitación de tiempo para la realización de este estudio, también resultaría interesante desarrollar una futura investigación en la que se relacionen las distintas variables sociodemográficas con las patologías analizadas y los resultados de los test SF-36, EVA, Mini Mental e índice de Barthel obtenidos.

Bibliografía

- [1] Unidad de Pacientes Pluripatológicos: Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- [2] Ollero Baturone M, Orozco Betrán D, Domingo Rico C, Román Sánchez P, López Soto A, Melguizo Jiménez M, et. al. Declaración de Sevilla. En Conferencia Nacional para la atención a pacientes con enfermedades crónicas; 2011. p. 604-6.
- [3] Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Modelo de estratificación de riesgo; 2014.
- [4] Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Junta de Castilla y León; 2015.
- [5] Ministerio de Sanidad y Consumo. Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1998.
- [6] Alpi SV, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud y la enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychol. av. discip.* 2012 ene-jun; 6(1):123-36.
- [7] Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas.* 2005 jul-dic; 1(2):125-37.
- [8] Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et. al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005 Mar-Abr; 19(2):135-50.
- [9] Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Padrón Continuo [internet] 2017 [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
- [10] Alguacil Herrero MD, Álvarez Tello M, Barón Franco B, Cabrera León A, Díaz-Borrego Horcajo J, Díaz Martínez A, et. al. Análisis epidemiológico. Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía (ed.). Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016; 2012. p. 24-6.
- [11] Ayuntamiento de Valladolid. La Victoria. En: Los barrios de Valladolid. Revisión del plan general de ordenación urbana de Valladolid. Valladolid: Ayuntamiento de Valladolid; 2012. p. 167-80.
- [12] Ayuntamiento de Valladolid. San Pedro Regalado-Viveros. En: Los barrios de Valladolid. Revisión del plan general de ordenación urbana de Valladolid. Valladolid: Ayuntamiento de Valladolid; 2012. p. 203-24.
- [13] Ayuntamiento de Valladolid. Pilarica-Nuevo Campus. En: Los barrios de Valladolid. Revisión del plan general de ordenación urbana de Valladolid. Valladolid: Ayuntamiento de Valladolid; 2012. p. 121-52.
- [14] Cid Ruzafa J, Damián Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública.* 1997 abr-mar; 71(2):127-37.
- [15] López Miquel J, Martí Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). *Rev Esp Med Legal.* 2011 jul-sep; 37(3):122-7.
- [16] Paul-Dauphin A, Guillemin F, Virion JM, Briançon S. Bias and precision in visual analogue scales: a randomized controlled trial. *Am J Epidemiol.* 1999 Nov 15; 150(10):1117-27.
- [17] Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Puntuación de la versión española del Cuestionario SF-36. Manual. Barcelona: Instituto Municipal de Investigación Médica; 2000.
- [18] 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 físico y mental. *Med Clin.* 2008 May; 130(19):726-35.
- [19] Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Population reference values of the Spanish version of the Health Questionnaire SF-36. *Med Clin.* 1998 Oct 10; 111(11):410-6.
- [20] López-García E, Banegas JR, Graciani Pérez-Regadera A, 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.* 2003 Abr; 120(15):568-73.
- [21] Weeks G, George J, Maclure K, Stewart D. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Nov 22;11:CD011227.
- [22] Chen H-M, Tu Y-H, Chen C-M. Effect of Continuity of Care on Quality of Life in Older Adults With Chronic Diseases: A Meta-Analysis. *Clin Nurs Res.* 2017 Jun 20; 26(3):266-84.