

CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA DE LOS PACIENTES COMPLEJOS EN UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

QUALITY OF LIVE AS PERCEIVED BY COMPLEX PATIENTS WITHIN A PROGRAM OF CASE MANAGEMENT IN PRIMARY HEALTH CARE

Juan José Zamora-Sánchez ^{a *}
Gemma Pérez-Tortajada ^b
M^a Dolores Mendoza-García de Paredes ^c
María Milagros Guerrero-Gancedo ^c

- a) Diplomado en enfermería. Master Oficial en Liderazgo y Gestión de servicios de enfermería. Gestor de casos. Instituto Catalán de la Salud. Unidad Territorial de Atención a la Complejidad. Servicio de Atención Primaria Barcelona Litoral. Barcelona. España.
 - b) Diplomada en enfermería. Mutuam. Equipo de soporte comunitario a residencias. Barcelona. España.
 - c) Diplomadas en enfermería. Unidad Territorial de Atención a la Complejidad. Servicio de Atención Primaria Barcelona Litoral. Barcelona. España.
- * Autor para la correspondencia

Dirección para la correspondencia:

Juan José Zamora Sánchez
Enfermero Gestor de casos.
Av. Comunitat Europea 10, 3º 2º D
08917, Badalona (Barcelona) España
email: jzam@ono.com
Tel. 638 683 264 93 162 66 86

Financiación.

Estudio sin financiación

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses

Agradecimientos

Se agradece a las personas participantes en el estudio su colaboración, sin la cual, el estudio no hubiese sido posible.

Este trabajo ha sido presentado como comunicación oral en el III Congrés de l'Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona. 25 de octubre de 2011.

RECUENTO DE PALABRAS

Resumen: 244

Abstract: 239

Manuscrito: 2972

“Qué se conoce y qué aporta”: 495 caracteres

CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA DE LOS PACIENTES COMPLEJOS EN UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

¿Qué se conoce?

El EuroQol es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la calidad de vida, aspecto que cada vez es más relevante para conocer el estado de salud de grupos de pacientes y analizar la efectividad de las intervenciones sanitarias.

¿Qué aporta?

Este estudio ofrece un valor de referencia de calidad de vida de pacientes complejos atendidos en atención primaria, que permite su comparación respecto a otros grupos (poblacionales, institucionalizados, patologías crónicas,etc)

1
2
3
4 **RESUMEN**
5
6
7

8 **CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA DE LOS PACIENTES COMPLEJOS EN UN**
9 **PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**
10

11 **OBJETIVO**

12 Describir la Calidad de vida de los pacientes complejos atendidos en un programa de
13 gestión de casos en atención primaria de salud.

14 Probar el test EQ-5D como posible instrumento evaluador del programa.

15 **MATERIAL Y MÉTODOS**

16 Diseño: observacional transversal

17 Participantes: Muestra de 80 pacientes, por muestreo consecutivo. Se excluyeron los
18 pacientes con deterioro cognitivo. Se administra el EQ-5D mediante entrevista
19 individualizada, que valora 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades de
20 la vida diaria, dolor/malestar, ansiedad/ depresión y escala visual analógica (EVA 0-
21 100). Asimismo se calculó el valor Índice EuroQol.
22

23 **RESULTADOS**

24 Se analizan 50 pacientes, con una edad media de 71,46 años, y son mujeres el
25 66%. El Índice EuroQol es 0,53 (Sd 0,26). Más del 60% de los casos tienen dolor y
26 problemas para la movilidad, las actividades de la vida diaria y ansiedad/depresión.

27 Los hombres obtienen mejor puntuación global que las mujeres en Índice EuroQol
28 (0,57 vs 0,49) y EQ-EVA (54,29 vs 50,43).

29 Sexo femenino, soledad, comorbilidad e hiperfrecuentación al hospital inciden en peor
30 calidad de vida.

31 **CONCLUSIONES**

32 Los pacientes complejos del ámbito comunitario presentan peor calidad de vida
33 respecto a la población >70 años de Cataluña y de personas mayores
34 institucionalizadas.

35 El uso del instrumento EQ-5D es útil para realizar comparaciones entre grupos
36 poblacionales..

37 El parámetro EQ-EVA sería el más idóneo para valorar el impacto del programa en la
38 calidad de vida, ya que recoge cambios subjetivos en la percepción, mientras que la
39 valoración por dimensiones ofrece poca sensibilidad a los cambios.
40
41
42

43 **PALABRAS CLAVE**

44 Calidad de vida, Gestión de casos, pacientes complejos, Atención Primaria de Salud
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

ABSTRACT

QUALITY OF LIVE AS PERCEIVED BY COMPLEX PATIENTS WITHIN A PROGRAM OF CASE MANAGEMENT IN PRIMARY HEALTH CARE

OBJETIVE

To describe the quality of live of complex patients treated in a Primary Health Care case management program.

To employ the EQ-5D test as possible means of evaluating the program.

MATERIAL AND METHODS

Type of study: Cross-sectional and observational study.

Participants: 80 patients for consecutive sampling. Patients with cognitive impairment are excluded. The EQ-5D is utilized by means of individual interview which measure 5 components: mobility, personal care, daily life activities, pain/discomfort, anxiety/depression and Visual Analogue Scale (VAS 0-100). The value of the EuroQol Index is also calculated.

RESULTS

50 patients interviewed with an average age of 71,46 years, of which 66% are women. The EuroQol Index is 0,53 (Sd 0,26). More than 60% cases have pain and mobility problems, daily life activities problems and anxiety/depression.

In the EuroQol Index the men obtain better overall score than women (0,57 Vs 0,49) and EQ-VAS (53,29 Vs 50,43).

The quality of life of females worse due to loneliness, co-morbidity and high frequency of hospital visits.

CONCLUSIONS

Complex patients in a community care setting have a worse quality of live score then the population of >70 years in Catalanian and the institucionalized elderly.

The medium of EQ-5D is useful for obtaining comparisons within population groups.

The parameter EQ_VAS would be more suitable for assessing the impact of the program on the quality of life, as it includes subjective changes in perception, while the measuring of components offers limited sesitivity to changes.

KEYWORDS

Quality of life, Case Management, Complex patients, Primary Health Care

INTRODUCCIÓN

1
2 Según la definición de consenso de la OMS (1994), la calidad de vida es la
3
4 “percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto
5
6 cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos y expectativas,
7
8 valores e intereses”⁽¹⁾.
9

10 Al intentar medir el impacto de la salud sobre la calidad de vida surge el concepto de
11
12 calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que Schumaker y Naughton definen
13
14 como “la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la
15
16 capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”⁽²⁾.
17
18

19 En la tabla 1 se recogen las dimensiones más comunes de la CVRS⁽³⁾, siendo las
20
21 fundamentales el funcionamiento físico, el psicológico-cognitivo y el social^(3,4).
22
23

24 Con la CVRS se pretende evaluar la influencia del estado de salud y otros factores en
25
26 la capacidad del individuo de lograr y mantener un nivel de funcionamiento que
27
28 permita conseguir unos objetivos vitales concretos. Ello debería reflejarse en un grado
29
30 óptimo de bienestar general.
31

32 La valoración de la CVRS es cada vez más relevante como una manera de estudiar la
33
34 salud de la población y analizar la eficacia y efectividad de intervenciones sanitarias,
35
36 facilitando por ejemplo la identificación y priorización de problemas y la toma de
37
38 decisiones compartidas.
39
40

41 El programa de gestión de casos en atención primaria del Institut Català de la Salut
42
43 (ICS) del ámbito de Barcelona Ciudad, tiene entre uno de sus objetivos, el
44
45 mantenimiento y/o mejora de la calidad de vida de las personas atendidas⁽⁵⁾, y por
46
47 tanto, la valoración de CVRS de forma sistematizada permitiría la evaluación del
48
49 programa para dicho objetivo.
50
51

52 El programa de gestión de casos va dirigido a pacientes complejos, considerándose
53
54 como tal aquel que cumple al menos cuatro de los siguientes criterios definidos en la
55
56 escala del ICS: ^(5,6,7)
57
58
59
60
61
62
63
64
65

- 1 • Personas mayores de 65 años
- 2 • Presencia de cuatro o más patologías crónicas
- 3
- 4 • Tratamiento con cinco o más fármacos o algún psicofármaco de forma continuada
- 5
- 6 • Atención al final de la vida
- 7
- 8 • Dependencia funcional (Barthel <55)
- 9
- 10 • Demencia y deterioro cognitivo (Pfeiffer ≥ 5)
- 11
- 12 • Dos o más ingresos no planificados en el hospital por exacerbación de enfermedad
- 13
- 14 crónica durante el último año
- 15
- 16 • Tres o más visitas a urgencias hospitalarias durante el último año
- 17
- 18 • Vivir solo o con personas cuidadoras con capacidad limitada para el autocuidado.
- 19
- 20 (cuidador >75 a, o Lawton/Brody ≤ 5 ♀, ≤ 3 ♂)
- 21
- 22 • Haber presentado durante el último año una o más caídas que han tenido como
- 23
- 24 consecuencia una fractura o bien han requerido la activación de los servicios de
- 25
- 26 urgencias
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65

Las enfermeras gestoras de casos del programa velan por la continuidad de la atención de estos pacientes, incluyendo un abordaje integral de las situaciones de complejidad, dependencia y fragilidad, y realizando seguimiento durante el proceso a través de los diferentes escenarios y planificando y coordinando los recursos necesarios en función de sus necesidades, con la finalidad de mejorar los resultados de salud de los pacientes: mejoría clínica, disminución de reingresos, aumento de autonomía y autocuidado y mejora de la calidad de vida.

Por todo lo expuesto planteamos un estudio descriptivo para la monitorización de la calidad de vida en los pacientes complejos del programa de gestión de casos de la SAP Litoral, con los siguientes objetivos:

- Estimar la CVRS de los pacientes atendidos en el programa de gestión de casos de 2 áreas de salud del Servicio de Atención Primaria Barcelona Litoral.

- 1
2
3
4
5
6
- Probar el cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D) como posible instrumento evaluador del programa de gestión de casos para la evaluación de la CVRS

7 **MATERIAL Y MÉTODOS**

8
9
10
11
12
13
14
15
16
17

Se realizó un estudio observacional transversal, sobre los pacientes complejos incluidos en el programa de gestión de casos de 2 Áreas Básicas de Salud del Servicio de Atención Primaria (SAP) Litoral de Barcelona, durante el segundo semestre de 2010.

18
19
20
21

Se excluyeron aquellos pacientes que presentaran deterioro cognitivo o alteración psíquica que limitase la comunicación con el profesional sanitario.

22
23
24
25

El muestreo se hizo de forma consecutiva, según fueron atendidos en el programa de gestión de casos.

26
27

Se recogieron las siguientes variables:

- **Sociodemográficas**

28
29
30
31
32

- Edad

33
34

- Sexo

35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47

- Riesgo social. Presencia de alguno de los 6 criterios de riesgo definidos en la escala de cribado de riesgo social del ICS: Vivir solo o familia con capacidad limitada para el apoyo, relación familiar conflictiva, dificultad familiar para asumir la responsabilidad de atención al paciente, condiciones de higiene personal inadecuada o deficiente, vivienda inadecuada a las necesidades del paciente, o falta de recursos económicos.

48
49
50
51
52
53
54

- Riesgos en el hogar (sí/no). Presencia en el domicilio de algún factor de riesgo de caídas, quemaduras, intoxicaciones, heridas y/o golpes, según lista de comprobación del ICS⁽⁸⁾.

55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

- Sobrecarga del cuidador. Se administró el cuestionario de Zarit a los cuidadores principales de los pacientes.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28

- **Clínicas**

- Complejidad. Según la escala de complejidad del ICS.⁽⁵⁻⁷⁾
- Comorbilidad (si/no). Presencia de 4 o más patologías crónicas.
- Fragilidad. Puntuación en la escala de Barber.
- Capacidad funcional para las Actividades de la vida diaria. Test de Barthel.
- Autonomía para las actividades instrumentales. Test de Lawton & Brody.
- Cumplimiento farmacológico. Puntuación en la escala de Morisky-Green. El test consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica (si/no) relacionadas con la toma de medicación. Se considera al paciente buen cumplidor sólo si contesta a todas las preguntas correctamente.
- Hiperfrecuentación hospitalaria. *Se comprobó en todos los pacientes, si habían sufrido ≥ 2 hospitalizaciones o ≥ 3 visitas a urgencias durante el último año en el hospital de referencia.*

29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57

- **Calidad de vida**

A la inclusión en el programa el gestor de casos administró el cuestionario EQ-5D mediante entrevista individualizada en el domicilio del paciente. El cuestionario EQ-5D es un cuestionario genérico de CVRS traducido y validado al castellano⁽⁹⁾. Consta de 5 dimensiones del estado de salud: movilidad, autocuidado, actividades de la vida diaria, dolor/malestar y ansiedad/depresión. En cada dimensión hay tres opciones de respuesta que corresponden a: la ausencia de problemas, presencia de algunos problemas y presencia de muchos problemas.

Asímismo la combinación de los valores de todas las dimensiones genera números de 5 dígitos, con un total de 243 combinaciones posibles (estados de salud), que pueden utilizarse como perfiles de salud. Así por ejemplo, el perfil 11111, corresponde a ningún problema en las dimensiones de evaluación, que sería lo normal y esperable para la mayor parte de la población general.

A partir del perfil de salud existe la posibilidad de calcular el *Índice EuroQol*, en la que se resume en una única puntuación el valor que la sociedad asigna al estado de salud

60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

definido por las limitaciones o problemas en las cinco dimensiones, indicando el peso específico que tiene cada dimensión.

El resultado del índice es un valor entre 0 y 1, del peor estado posible al mejor estado posible, correspondiendo éste último al perfil 11111.

Para el cálculo del índice hemos utilizado los coeficientes de referencia para la población española⁽⁹⁾.

El EQ-5D también contiene un ítem de evaluación mediante *Escala Visual Analógica* (EVA) milimetrada que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). En ella, el sujeto debe indicar el punto de la línea que refleje la valoración de su estado de salud global en ese momento. El uso de la EVA proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud del individuo.

La información recogida fue analizada mediante el programa SPSS v.15.0. Se realizó un análisis descriptivo inicial de las variables sociodemográficas y clínicas, utilizando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Para el análisis inferencial se utilizaron pruebas paramétricas o no paramétricas en función de si las variables seguían o no una distribución normal.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se incluyeron en el programa de gestión de casos 80 pacientes complejos, de los cuales se excluyeron 30 para el estudio por presentar deterioro cognitivo. De la muestra resultante de 50 pacientes, cumplimentaron el cuestionario 40, que supone un índice de respuesta del 80%

La edad media de los encuestados es de 71,46 (Sd 21,09), no habiendo diferencias significativas por sexo. El 66 % eran mujeres. Viven solos el 30%.

1 El 88% de los casos tiene riesgo social, con una media de $1,64 \pm 1,24$ sobre un total
2 de 6 criterios de riesgo. El 56% de los cuidadores presentan sobrecarga.

3 La mayoría de pacientes (74%) tienen 4 o más patologías crónicas, un 20% de casos
4 han sufrido 2 o más hospitalizaciones durante el último año y un 24% acudió más de 3
5 veces a los servicios de urgencias del hospital de referencia.

6 La puntuación media en escala de Barthel ($81,10 \pm 21,76$) indica una población de
7 estudio mayoritariamente con dependencia ligera (56%). Sólo un 30% de los casos
8 son autónomos para las actividades de la vida diaria, porcentaje que se mantiene para
9 las actividades de la vida diaria instrumentales. Presentan incumplimiento
10 farmacológico el 46% de los pacientes.

11 El 67,57 % de los casos (25/37) refiere encontrarse peor que el año anterior, el
12 13,51% se encuentra igual que hace un año, y el 18,92 % refiere encontrarse mejor
13 que hace un año.

14 ***Dimensiones EuroQol. Perfiles de salud***

15 En la figura 1 se muestra la presencia de problemas en las cinco dimensiones
16 descriptivas del EuroQol. El dolor/malestar es el problema más prevalente, presente
17 en el 80% de los casos, seguido de los problemas de movilidad, de autonomía para las
18 actividades de la vida diaria y ansiedad/depresión en el 62,5% de los casos. Estos
19 problemas tienden a aumentar con la edad.

20 Por sexo encontramos valores muy similares para movilidad, autocuidado y actividades
21 de la vida diaria. Las mujeres presentan más problemas de ansiedad y dolor, aunque
22 las diferencias no son estadísticamente significativas.

23 Respecto a los perfiles de salud de la muestra, formado por la combinación de los
24 valores de las dimensiones, el perfil 11111 (ningún problema), sólo se da en 3 casos,
25 que corresponde al 7,5% de porcentaje válido. El 65% presenta problemas en 3 o
26 más dimensiones, y un 20% más, en 2 dimensiones.

27 En el caso de presentar problemas en alguna dimensión, se observa una tendencia a
28 puntuar el valor central, con poca sensibilidad al cambio.

29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Índice EuroQol (0-1)

El cálculo del índice EuroQol a partir de los perfiles de salud ofrece un resultado de 0,53 (Sd 0,26). En la tabla 2 se muestran los resultados del índice EuroQol por sexo y la comparación respecto a los resultados publicados para otras poblaciones. Asimismo obtienen peores valores en este índice los pacientes con mayor comorbilidad y los hiperfrecuentadores del hospital (tabla 3). Las diferencias de valor del Índice EuroQol son mínimas entre las personas que viven solas o acompañadas.

Escala EuroQol-EVA (0-100)

La percepción global de calidad de vida mediante EVA-EQ es de 51,89 (Sd 21,19), obteniendo los hombres mejor puntuación que las mujeres (tabla3). No es así cuando los hombres viven solos, ya que las personas solas puntúan peor, pero este descenso es sensiblemente más acusado en los hombres. (tabla 4)

En la tabla 3 se muestran los resultados de EQ-EVA en función de sexo, edad, comorbilidad y atención hospitalaria durante el último año. Para todas las agrupaciones las puntuaciones siguen un patrón similar que para el índice EuroQol, excepto con la edad, donde se aprecia una ligera tendencia a puntuar globalmente mejor a mayor edad.

En cuanto a la relación entre la puntuación EQ-EVA y la presencia de problemas en las cinco dimensiones, las personas con problemas en cada una de ellas tienen una puntuación global por debajo de la media de la población a estudio (<51,89). En la figura 2 se puede observar que la ausencia de dolor es el parámetro que mayor incidencia tiene en una mejor puntuación global de calidad de vida (73,33 Sd 18,62). Por contra, las personas que refieren problemas en la dimensión de ansiedad/depresión, son las que describen con una puntuación más baja la percepción global de calidad de vida (44,78 Sd 17,09).

Las personas con dependencia funcional severa puntúan mucho peor la calidad de vida (EQ-EVA 38,63, Sd 33,29). No hay relación entre la EQ-EVA y la capacidad para

1 realizar las actividades instrumentales, el número de criterios de complejidad, el
2 número de criterios de riesgo social, ni la sobrecarga del cuidador.
3
4
5

6 En lo que respecta al uso del instrumento EQ-5D, la cumplimentación es rápida (2-3
7 minutos), tal como indica la bibliografía de referencia⁽⁹⁾ y los términos son de fácil
8 comprensión. El parámetro que ha presentado más dificultad de comprensión en
9 algunos casos (pacientes de edad avanzada y/o bajo nivel de instrucción), ha sido la
10 puntuación mediante EVA(0-100)
11
12
13
14
15
16
17
18
19

20 **DISCUSIÓN**

21 Una limitación del estudio puede ser la generalización de resultados a toda la
22 población susceptible de gestión de casos, debido a que no se ha calculado tamaño
23 muestral ni se ha realizado aleatorización, pero creemos que puede servir como
24 aproximación a la realidad de salud percibida por los pacientes complejos atendidos
25 en atención primaria, que hoy tiene gran importancia por el alto consumo de recursos
26 utilizados^(5,6).
27
28
29
30
31
32
33
34

35 Teniendo en cuenta que nuestra población son pacientes complejos, destaca que en
36 nuestro caso el porcentaje de personas que viven solas (30%) es superior a la
37 población ≥ 65 años de Cataluña (19,2%)⁽¹⁰⁾ y población >65 años de dos áreas
38 sanitarias de Madrid (19,5%)⁽¹¹⁾ y similar al de población >85 años de 7 áreas de salud
39 de la comarca del Baix Llobregat, en Barcelona (30,5%)⁽¹²⁾. En nuestro estudio, las
40 personas solas, y especialmente los hombres, tienen una EQ-EVA inferior. Para el
41 abordaje de la problemática de la soledad, la coordinación con los servicios de trabajo
42 social y los familiares de los pacientes para la valoración de necesidad de recursos de
43 apoyo en el domicilio se convierte en una tarea esencial para un buen manejo de
44 estos pacientes.
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56

57 La proporción de personas con 4 o más patologías es muy similar a la que presenta el
58 grupo de edad entre 65-74 años de la población catalana, si bien, al tratarse de
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

pacientes complejos, presentan un mayor número de hospitalizaciones y visitas a urgencias, así como la proporción de personas autónomas es la mitad que en la población general >65 años de Cataluña⁽¹⁰⁾. Asimismo, la proporción de personas sin problemas en ninguna dimensión (7,5%) es entre 6 y 8 veces inferior a la encontrada en la población general mayor de 65 años consultada^(10,11) y el valor Índice EuroQol obtenido es inferior tanto de la población mayor de 75 años de Cataluña⁽¹⁰⁾ como de población institucionalizada⁽¹³⁾ y muy similar al mostrado en una cohorte de ancianos nonagenarios no institucionalizados de Sant Feliu (Barcelona)⁽¹⁴⁾.

Los problemas principalmente declarados son el Malestar/dolor, la ansiedad/depresión y los problemas de movilidad, que coinciden con los resultados de los estudios consultados de ámbito español tanto en población general^(10,11,15) como en población institucionalizada⁽¹³⁾.

La puntuación media de la muestra en la EVA (51,89) es inferior al obtenido en estudios en población general en nuestro país: Nonagenarios de Sant Feliu⁽¹⁴⁾ (EVA63), mayores de 85 años del área sanitaria del Baix Llobregat (Barcelona)⁽¹²⁾ (EVA 60) y en mayores de 65 años de dos áreas sanitarias de Madrid⁽¹¹⁾ (EVA 66,6). Creemos que puede ser indicativo de la complejidad de los pacientes.

La peor puntuación en calidad de vida en el sexo femenino concuerda con otros estudios⁽¹⁰⁻¹⁷⁾. Para dar respuesta a este hallazgo existen diversas hipótesis: menores oportunidades de mejora de su calidad de vida, mejor aceptación social de expresión de sus quejas, mayor exposición a problemas emocionales⁽¹⁸⁾.

Respecto a los problemas emocionales, en este estudio se ha hallado que las personas con problemas emocionales son las que puntúan subjetivamente más baja la EQ-EVA, y puede estar relacionado con el hecho de que estos trastornos provocan malestar y pueden afectar a áreas de la actividad de la persona. Se debería tener especial atención a estos trastornos en los pacientes complejos, pues una proporción

1 importante de los pacientes con enfermedades médicas crónicas pueden acabar
2 desarrollando un episodio depresivo mayor⁽¹⁹⁾.
3
4
5

6 El hecho de que a mayor edad se hayan encontrado puntuaciones ligeramente más
7 elevadas en EQ-EVA (EVA) pese a tener peor puntuación en el Índice EuroQol,
8 también lo hayamos en uno de los estudios consultados⁽¹¹⁾, y puede deberse a la
9 adaptación a la situación de cronicidad, en la que se reajustan las expectativas en
10 base a la nueva realidad⁽⁴⁾, aunque existan factores como la presencia de
11 enfermedades crónicas y discapacidades que podrían explicar un peor estado de
12 salud.
13
14
15
16
17
18
19
20
21

22 El instrumento EQ-5D es sencillo de cumplimentar, pero tiene poca sensibilidad al
23 cambio, como suele ocurrir con los cuestionarios de salud genéricos^(20,21). Así, los
24 cuestionarios específicos (EPOC, insuficiencia cardiaca...) recogen mejor los cambios
25 relacionados con los síntomas de la enfermedad, sin embargo, sería útil mantener el
26 cuestionario genérico, ya que aporta información complementaria (dimensiones clave
27 afectadas) y facilita la comparación de resultados con otros estudios y patologías.^(22,23)
28
29
30
31
32
33
34
35
36

37 En cualquier caso, la valoración debería ser factible, con cuestionarios breves, fáciles
38 de puntuar y que permitan la autoadministración.⁽²⁰⁾
39
40
41
42
43

44 En resumen, y dando respuesta a los objetivos de nuestro estudio:

- 45 - La población de pacientes complejos estudiada tiene peor calidad de vida que los
46 mayores de 70 años de Cataluña y de personas mayores institucionalizadas.
47
- 48 - Las mujeres, la soledad, la comorbilidad y la hiperfrecuentación al hospital inciden
49 en peor calidad de vida
50
51
- 52 - A mayor edad peores perfiles de calidad de vida, pero no siempre se traducen en
53 una peor percepción por parte de la persona, que ajusta sus expectativas y valora
54 su salud de una forma más positiva
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

- El uso del instrumento EQ-ED es útil para establecer un valor de la población de estudio y realizar comparaciones con otros grupos.
- El parámetro EQ-EVA sería el más idóneo para valorar el impacto del programa de gestión de casos en la calidad de vida, ya que recoge cambios subjetivos en la percepción, mientras que la valoración por dimensiones del EuroQol ofrece poca sensibilidad a los cambios.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization Project to develop a quality of life assessment instrument. *Qual Life Res* 1993; 2:153-9
2. Schumaker SA, Naughton MJ. The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. En: Shumaker SA, Berzon R, editors. *Quality of life: theory, translation, measurement and analysis*. Oxford: Rapid Communications of Oxford Ltd, 1995; p3-10.
3. Piñol A, Sanz C. Importancia de la evaluación de la calidad de vida en atención primaria. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27(Supl 3):49-55
4. Lizán L. La calidad de vida relacionada con la salud. *Aten Primaria* 2009; 41(7): 411-416
5. Carrés L, Coiduras A, Del Olmo C, et al. Unitats Territorials d'Atenció a la Complexitat (UTAC) Barcelona Ciutat. Ed. Institut Català de la Salut. Barcelona, 2010.
6. Contel JC, Esgueva N, Espelt MP, et al. Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut. Aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de salut. Ed. Institut Català de la Salut. Barcelona, 2010.
7. Enseñat P, Cegri F. Atención al paciente complejo en el domicilio. *Jano* 2009; marzo (1729):27-30
8. Ramírez A, Toribio A, Ribas M. *Riscos a la llar*. 1ª Ed. Barcelona: Institut Català de la Salut; 1998

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
9. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28(6):425-429
10. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya 2006. Ed: Direcció General de Planificació i Avaluació. 1ª Edició Barcelona, 2009
11. Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Álvarez C. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 31(5):285-94
12. Ferrer A, Badía T, Formiga F, Almeda J, Fernández C, Pujol R. Diferencias de género en el perfil de salud de una cohorte de 85 años. Estudio Octabaix. *Aten Primaria* 2011; doi:10.1016/j.aprim. 2010.09.029
13. De la Fuente MM, Fernández FJ, Navas FJ. Descripción de la calidad de vida en una población anciana institucionalizada. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011; 46(2):111-114
14. 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 (Barce)* 2010; 134(7):303-306
15. Brugulat P, Séculi E, Medina A, Juncà S, Martínez V, Martínez D, et al. Encuesta de Salud de Cataluña. Percepción de la salud, utilización y satisfacción con los servicios asistenciales desde la perspectiva de los ciudadanos. *Med Clin (Barc)* 2003; 121 (supl 1):122-7
16. Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76(6):683-99
17. Bernert S, Fernández A, Haro JM, König HH, Alonso J, Vilagut G, et al. Comparison of different valuation methods for population health status measured by the EQ-5D in three European countries. *Value Health* 2009;12(5):750-8

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
18. Casado JM, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28(3): 167-73
19. Benítez JM. Calidad de vida y funcionalidad en la depresión. *SEMERGEN* 2009; 35 Supl 1:50-6
20. Sanjuás C. Instrumentos de medida de la calidad de vida: ¿son preferibles los genéricos o los específicos? *FMC* 2011;18(7):452-4
21. Sanjuás C. Medición de la calidad de vida: ¿cuestionarios genéricos o específicos? *Arch Bronconeumol* 2005; 41(3):107-9
22. De Rivas B, Permanyer-Miralda G, Brotons C, Aznar J, Sobreviela E. Health-related quality of life in unselected outpatients with heart failure across Spain in two different health care levels. Magnitude and determinants of impairment: the INCA study. *Qual Life Res* 2008 2008;17(10):1229-38
23. Ringbaek T, Brondum E, Martínez G, Lange P. EuroQol in assessment of the effect of pulmonary rehabilitation COPD patients, *Respir Med* 2008;102(11): 1563-7

TABLAS**Tabla 1. Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud**

Fuente: Piñol A, Sanz C (2004)

Dimensión	Componentes
Función física	Síntomas físicos, movilidad
Función psicológica	Depresión, ansiedad, estrés, expectativas
Función social	Discapacidad laboral, ocio, relación conyugal, relaciones sexuales
Función cognitiva	Memoria, concentración, alerta, juicio
Bienestar general	Percepción global de salud, grado de satisfacción por la vida
Situación económica	Empleo, nivel de ingresos

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Tabla2. Resultado del Índice EuroQol (0-1) por sexo y comparación con otras poblaciones

	Programa Gestión casos SAP Litoral ICS. BCN 2010 (Edad media: 71,46 años) n=40	Población residencial Soria 2010 n=156 (Ref.13)	Cataluña 2006 (65-74 a) (Ref.10)	Cataluña 2006 (≥75 a) (Ref.10)
♂	0,57 ± 0,27	0,71 ± 0,29	0,83	0,70
♀	0,49 ± 0,25	0,62 ± 0,24	0,66	0,49

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Tabla 3. Resultado Índice EuroQol (0-1) y EuroQol EVA (0-100) en función de sexo, edad, comorbilidad y atención hospitalaria (Puntuación media e intervalos de confianza al 95%)		
	Hombres	Mujeres
Índice-EQ	0,57 (0,30 – 0,84)	0,49 (0,24 – 0,74)
EQ-EVA	54,29 (43,08 - 65,49)	50,43 (40,70 - 60,17)
	Edad ≤ 80 años	Edad > 80 años
Índice-EQ	0,54 (0,43 – 0,65)	0,50 (0,37 – 0,63)
EQ-EVA	49,55 (38,64 - 60,45)	55,33 (47 - 63,67)
	<4 patologías crónicas	≥ 4 patologías crónicas
Índice-EQ	0,65 (0,43 – 0,87)	0,49 (0,40 – 0,57)
EQ-EVA	65,71 (43,41 – 88,01)	48,67 (28,89 – 68,45)
	< 2 hospitalizaciones / último año	≥ 2 hospitalizaciones / último año
Índice-EQ	0,55 (0,45 – 0,64)	0,46 (0,26 – 0,66)
EQ-EVA	53,57 (45,03 - 62,11)	46,67 (32,42 – 60,92)
	< 3 visitas a urgencias / último año	≥ 3 visitas a urgencias / último año
Índice-EQ	0,55 (0,46 – 0,64)	0,44 (0,21 – 0,67)
EQ-EVA	54,11 (45,97 – 62,25)	45 (28,47 – 61,53)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Tabla 4. Puntuación media EuroQol -EVA (0-100)		
Diferencias según sexo y convivencia con otras personas		
	VIVE EN COMPAÑÍA	VIVE SOLO
GLOBAL	54,44 (IC 95%: 45,58-63,31)	45 (IC 95%: 33,20 – 56,80)
MUJERES	51,25 (Sd 25,07)	48,57 (Sd 16,76)
HOMBRES	59,09 (Sd 18)	36,67 (Sd 15,27)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA DE LOS PACIENTES COMPLEJOS EN UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

FIGURAS

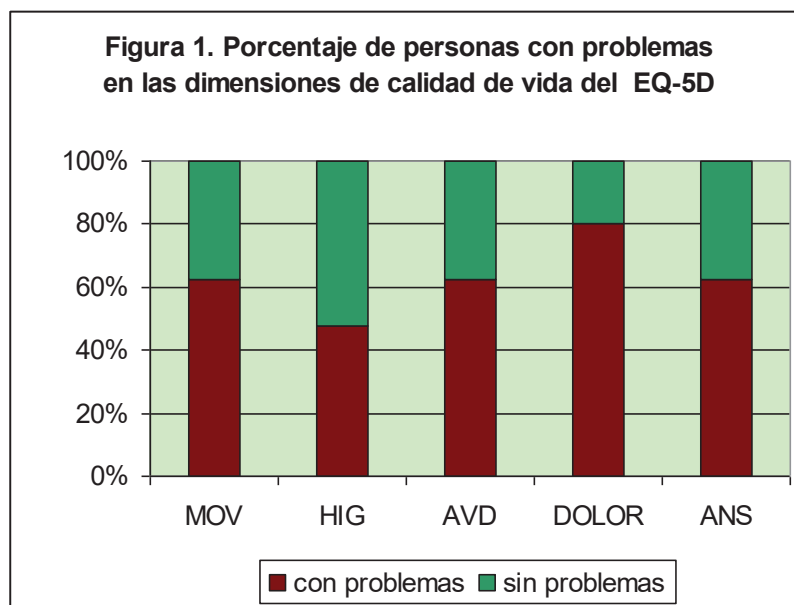


Figura 2

Percepción global de calidad de vida según problemas afectados

