



FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON INSUFICIENCIA ORGÁNICA CRÓNICA AVANZADA EN UN HOSPITAL DE LIMA-PERÚ

FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS WITH ADVANCED CHRONIC ORGAN FAILURE IN A HOSPITAL IN LIMA-PERU

Carolina Yanina Pérez-Agüero^{1,4,a} , Fernando M. Runzer-Colmenares^{2,a} , Rolando Vásquez-Alva^{1,ab}
Christian Villavicencio-Chávez^{3,ac}

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la calidad de vida en adultos mayores con insuficiencia orgánica crónica avanzada en un hospital de Lima-Perú. **Materiales y métodos:** Investigación observacional, analítica transversal, cuya población la conformaron 100 adultos mayores, la técnica de recolección fue la entrevista y el instrumento el cuestionario a través de la aplicación del índice de Barthel y WHOQoL-Bref. Para responder a los objetivos de estudio se aplicaron las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney, Kruskal Wallis y Rho de Spearman, considerando la significancia del 5%. **Resultados:** El (44) 44% de adultos mayores tuvieron más de 80 años, el (59) 59% fueron varones, el (31) 31% estudiaron nivel técnico superior, el (57) 57% fueron titulares en la marina de guerra, el (74) 74% tuvo hipertensión arterial. Los síndromes geriátricos más frecuentes fueron déficit visual o auditivo (82) 82%, insomnio (59) 59%, estreñimiento (52) 52% y malnutrición (47) 47%. El (50) 50% de los adultos mayores presentó dependencia funcional grave. El (63)63% presentó Calidad de vida a nivel medio. Los factores epidemiológicos asociados a la baja calidad de vida, fueron la edad mayor a 80 años ($p=0.032$, $RP=1.818$), sexo femenino ($p=0.009$, $RP=2.056$), el grado de instrucción dado por analfabeto, primaria y secundaria ($p=0.025$, $RP=1.930$) y la relación con la Marina de Guerra como familiar ($p=0.022$, $RP=1.894$). Los síndromes geriátricos asociados fueron el insomnio ($p=0.034$, $RP=1.930$), el estreñimiento ($p=0.000$, $RP=3.560$), la lesión por presión ($p=0.000$, $RP=2.788$) y la dependencia funcional grave ($p=0.000$, $RP=4.667$). Sin embargo, el análisis multivariado evidenció que el insomnio ($p=0.002$; $RPa=1.166$), la lesión por presión ($p=0.016$; $RPa=1.248$) y la dependencia grave ($p=0.000$; $RPa=1.207$) fueron los factores asociados significativamente a la baja calidad de vida en los adultos mayores. **Conclusiones:** Los factores insomnio, la lesión por presión y la dependencia grave estuvieron asociados significativamente a la calidad de vida baja en los adultos mayores con insuficiencia orgánica crónica avanzada en un hospital de Lima-Perú.

Palabras clave: Factores asociados; Calidad de vida; Adultos mayores. (Fuente: DeCS- BIREME)

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with the quality of life in older adults with advanced chronic organ failure in a hospital in Lima-Peru. **Materials and methods:** Observational research, cross-sectional analysis, whose population was made up of 100 older adults, the collection technique was the interview and the instrument the questionnaire through the application of the Barthel index and WHOQoL-Bref. To respond to the study objectives, the non-parametric Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Spearman's Rho tests were applied, considering the significance of 5%. **Results:** (44) 44% of older adults were over 80 years old, (59) 59% were men, (31) 31% studied a higher technical level, (57) 57% were incumbents in the Navy, (74) 74% had arterial hypertension. The most frequent geriatric syndromes were visual or auditory deficit (82) 82%, insomnia (59) 59%, constipation (52) 52% and malnutrition (47) 47%. The (50) 50% of the older adults presented severe functional dependence. (63) 63% presented quality of life at a medium level. The epidemiological factors associated with low quality of life were age over 80 years ($p=0.032$, $RP=1.818$), female sex ($p=0.009$, $RP=2.056$), the level of education given by illiterate, primary and secondary school ($p=0.025$, $RP=1.930$) and the relationship with the Navy as a family member ($p=0.022$, $RP=1.894$). Associated geriatric syndromes were insomnia ($p=0.034$, $RP=1.930$), constipation ($p=0.000$, $RP=3.560$), pressure injury ($p=0.000$, $RP=2.788$) and severe functional dependence ($p=0.000$, $RP=4.667$). However, the multivariate analysis showed that insomnia ($p=0.002$; $RPa=1.166$), pressure injury ($p=0.016$; $RPa=1.248$) and severe dependence ($p=0.000$; $RPa=1.207$) were the associated factors. significantly to the low quality of life in older adults. **Conclusions:** The factors insomnia, pressure injury and severe dependency were significantly associated with low quality of life in older adults with advanced chronic organ failure in a hospital in Lima-Peru.

Keywords: Associated factors; Quality of life; Older adults. (Source: MESH-NLM)

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Lima, Perú

² Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.

³ Unidad de Formación Fundación Caredoctors. Facultad de Medicina. Universitat Internacional de Catalunya

⁴ Servicio de Geriátria, Centro Médico Naval, Callao, Perú.

^a Médico Cirujano

^b Doctor en Medicina

^c Doctor en Ciencias de la Salud

Citar como: Pérez-Agüero CY, Runzer-Colmenares FM, Vásquez-Alva R, Villavicencio-Chávez C. Factores asociados a la calidad de vida en adultos mayores con insuficiencia orgánica crónica avanzada en un hospital de Lima-Perú. Rev Fac Med Hum. 2023;23(2):77-87. doi:10.25176/RFMH.v23i2.5582

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

Artículo publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con revista.medicina@urp.pe





INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico de alcance mundial ^(1,2), en el cual suele haber diversidad de desafíos para los sistemas de asistencia sanitaria, pues exige mejorar al máximo la salud y capacidad funcional de los adultos mayores, así como su seguridad y participación en la sociedad ^(3,4), pero en esta población suele identificarse la no satisfacción de sus necesidades y requerimientos ^(5,6), generando el crecimiento de la cronicidad, cuyo enfoque se cimienta en 3 trayectorias del final de la vida: enfermedades oncológicas, demencia - fragilidad e insuficiencia orgánica crónica ⁽⁷⁾.

La insuficiencia orgánica crónica avanzada, puede afectar al 1% de la población adulta, y se asume que el 75% de los pacientes con progresión de una o más insuficiencias orgánicas tendrán desenlace fatales ⁽⁸⁾, por tal motivo, no solo supone un deterioro gradual de la salud, sino modificaciones en los hábitos y en la vida cotidiana, limitaciones funcionales y nutricionales, menoscabo de la vida sociofamiliar, dependencia constante del seguimiento clínico e incluso conflictos existenciales y angustia espiritual, aspectos que impactan de forma directa en la calidad de vida del paciente ^(9,10).

Basándose en la calidad de vida, en el Perú, en el año 2000, se conformó el "Plan Nacional de las Personas Adultas Mayores (PLANPAM)", el cual promueve el envejecimiento activo y saludable, a través de cuatro políticas nacionales "envejecimiento saludable", "empleo, previsión y seguridad social", "participación e integración social" y "educación conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez", englobando de esta manera los derechos humanos, la igualdad de género y la intergeneracionalidad en los adultos mayores ⁽¹¹⁾. Por lo mencionado, la comunidad científica tornó imprescindible la indagación de aquellas características o rasgos de exposición asociadas a la calidad de vida de los adultos mayores con insuficiencia orgánica crónica avanzada, destacando entre los principales factores a la edad mayor a 75 años, sexo masculino, bajo nivel de instrucción, presencia de más de 2 comorbilidades, tiempo de enfermedad mayor a 3 años, fragilidad, polifarmacia, dependencia funcional y manifestaciones clínicas severas ^(10,12,13).

Sin embargo, dichas características o rasgos han sido identificables en contextos internacionales, por tal considerando que estos son modificables en relación con la distribución geográfica y políticas de salud pública de cada país, es necesario ejecutar esta investigación, con el fin de poder establecer registros basados en evidencia para la evaluación de las necesidades que presenta esta población y responder a las más prevalentes oportunamente, para incrementar la oferta e intensidad de cuidados direccionados a la

mejora de la calidad de vida, mediante atenciones programadas, accesibilidad de servicios, prevención de crisis y atenciones de urgencia, por ello se debe tener en cuenta el responder los retos éticos de la promoción de beneficios y reducción de riesgos, garantizando el ejercicio de los derechos del paciente; por tal el objetivo de este estudio fue establecer los factores asociados a la calidad de vida en adultos mayores con insuficiencia orgánica crónica avanzada in a hospital in Lima-Peru.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y área de estudio

Este estudio tuvo un diseño observacional, analítico transversal. La ejecución del estudio fue realizada en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", el cual esta ubicado en la Av. Venezuela s/n distrito de Bellavista, Lima-Callao-Perú. Este centro es una institución prestadora de servicios de salud de nivel III, el cual fue inaugurada en 1956, mediante Resolución Suprema N°153-1952. Su misión, esta basada en brindar atención de salud de calidad al Personal Naval en actividad, así como aquellos en retiro y sus familiares; mientras que su visión está direccionada a lograr la atención de excelencia sostenible, dirigida por al Personal Naval y familiares con derecho, con el personal altamente capacitados y la tecnología de ultima generación.

Población y muestra

La población estuvo conformada por 100 adultos mayores atendidos en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" entre abril a julio de 2021. Debido a que la población fue accesible se consideró su totalidad como muestra. La técnica y tipo de muestreo aplicado fueron el no probabilístico y el censo ⁽¹⁴⁾, además se tomó en consideración que el tamaño de la muestra permite realizar el análisis estadístico correspondiente para este tipo de estudio (mínimo de 64 casos evaluados) ⁽¹⁵⁾.

Se incluyeron pacientes de 60 años a más, con alguna insuficiencia orgánica avanzada sea a nivel cardiaco, respiratorio, renal y/o cirrosis avanzada. Se excluyeron a aquellos adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo registrado en la historia clínica con Mini-Mental State Examination (MMSE) menor de 24. Siendo considerados criterios para insuficiencia cardiaca avanzada, manifestaciones clínicas severas y persistentes (Clase funcional III y IV New York Heart Association) ⁽¹⁶⁾, además de disfunción cardíaca severa (fuerza de eyección ventricular izquierda menor o igual a 30%, anomalías congénitas o valvulares que no califican para intervención y disfunción diastólica severa con incremento de péptidos natriuréticos) ⁽¹⁶⁾.

La insuficiencia respiratoria avanzada se caracteriza por tener un volumen espiratorio forzado en el primer



segundo (FEV1) inferior a 30% o menor a 50% en razón al valor de referencia, con presencia de insuficiencia respiratoria o cardíaca derecha y capacidad vital forzada (FVC) inferior a 70%⁽¹⁷⁾. Por otro lado, la insuficiencia renal avanzada involucra 2 estadios específicos: Estadio IV: caracterizado por evidenciar una tasa de filtrado glomerular que oscila entre 15 y 29 ml/min/1.73 m² y el estadio V: caracterizado por evidenciar una tasa de filtrado glomerular inferior a 15 mililitros/min/1.73 m²⁽¹⁸⁾.

Finalmente, la enfermedad hepática crónica avanzada o también denominada cirrosis descompensada, representa la fase tardía de la fibrosis hepática gradual y compromiso de la estructura del hígado y la configuración de nódulos regenerativos⁽¹⁹⁾.

Se consideraron como criterios de exclusión enfermedades neuropsiquiátricas, registradas en la historia clínica. Para la demencia se consideró el informe neuropsicológico y las condiciones psiquiátricas como esquizofrenia, trastorno bipolar, diagnósticos establecidos por la especialidad de Salud Mental.

Variables e instrumentos

La técnica de recolección empleada fue la entrevista estructurada y como instrumento fue un cuestionario. Las variables independientes fueron edad, sexo, grado de instrucción, relación con la Marina de Guerra comorbilidad, tiempo de enfermedad de la insuficiencia orgánica avanzada, síndromes geriátricos tales como el déficit visual o auditivo, catalogado por el auto reporte del paciente, insomnio valorado como la dificultad para conciliar el sueño, estreñimiento identificado por la presentación de heces duras, defecación con esfuerzo, heces caprinas o frecuencia de las deposiciones menor a 3 veces por semana, malnutrición, presencia del valor de la albúmina menor a 3,5 mg/dl, caídas valorado como el número de caídas en los últimos 6 meses, lesión por presión definido por la presencia de lesiones de piel producidas por la presión contra una superficie y la dependencia funcional, medida con el Índice de Barthel, el cual analiza 10 aspectos de la actividad diaria de la persona, por medio de 30 ítems, donde cada una de ellas tiene puntajes de 0 a 10, con un puntaje total de 100 puntos, las categorías son: dependencia total (0 a 20 puntos), grave (21 a 60 puntos), moderada (61 a 90 puntos), leve (91 a 99 puntos) e independiente (100 puntos)⁽²⁰⁾, el cual tiene un alfa de Cronbach de 0.90 a 0.92⁽²¹⁾.

La variable dependiente será la calidad de vida, cuantificada con el WHOQoL-Bref⁽²²⁾ conformada por 26 preguntas, donde 2 son generales, una sobre la calidad de vida y otra sobre la satisfacción con el estado de salud, las otras 24 están divididas en 4 dimensiones o áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, los puntajes van de 0 a 100, donde 0 equivale a la peor calidad de vida y 100 la mejor⁽²³⁾.

Además, estos puntajes permiten también que se pueda categorizar la calidad de vida en baja (0 a 59 puntos), media (60 a 90 puntos) y alta (91 a 120 puntos)⁽²⁴⁾. Este instrumento ha sido validado en el ámbito chileno (Alfa de Cronbach = 0.94)⁽²²⁾ y el colombiano (Alfa de Cronbach = 0.80)⁽²⁵⁾. Para la presente investigación se realizó una prueba piloto, donde participaron 26 pacientes, hallando una buena confiabilidad mediante la aplicación del coeficiente alfa de Cronbach (0.806).

Procedimientos

El proceso de recolección de datos se dio inicio con la obtención de los documentos de aceptación del proyecto. Se tuvo contacto directo con cada uno de los adultos mayores para que posterior a una explicación del estudio decidan formar parte del estudio, evidenciado con la firma de un consentimiento informado. Quienes aceptaron participar, se les entregó el instrumento (cuestionario), el cual estuvo codificado previamente, para mantener el anonimato. Todos los datos fueron colocados en una hoja de cálculo para proceder con el análisis.

Análisis estadístico

Se utilizó el programa SPSS 25, luego se realizó el control de calidad, mediante la consistencia y depuración de registros. Para describir las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, para describir las variables cuantitativas. La determinación de los factores asociados a la calidad de vida en adultos mayores con insuficiencia orgánica crónica avanzada se realizó mediante la prueba Chi-cuadrado y el cálculo del RP (Razón de prevalencia simple) para identificar los factores con mayor probabilidad de riesgo. Luego de ello mediante el análisis multivariado correspondiente a la regresión de Poisson, se influyeron a todos los factores significativos que finalmente fueron asociados a la variable de interés. Además, se determinó el RPa (Razón de prevalencia ajustada) e intervalos de confianza al 95%. Se tomó en cuenta un nivel de significancia del 5%, es decir, un valor p inferior a 0.05 fue significativo.

Aspectos éticos

Para la realización de este estudio se solicitó y obtuvo la autorización de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (Memorándum Nro. 012 y Nro. 124), así como de la División de Investigación (Memorándum Nro. 259) y del Servicio de Geriátrica (Memorándum Nro. 283) del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora". Así mismo, se cumplió con los principios éticos, en base a los lineamientos bioéticos de la Declaración de Helsinki⁽²⁶⁾, es decir, se respetó la confidencialidad de los pacientes, manteniendo en anónimo sus datos personales, además no existió riesgo para el inadecuado uso de la información, respetando así el principio de no maleficencia.



RESULTADOS

Se observó que el (44) 44% de adultos mayores tenían más de 80 años, (59) 59% eran varones, el (30) 30% estudiaron hasta el nivel secundario, el (57) 57% eran titulares en la Marina de Guerra, se observaron

comorbilidades como hipertensión arterial (74) 74%, diabetes mellitus (34) 34%, hipotiroidismo (15) 15%, entre otros, y el (83) 83% tenía insuficiencia orgánica crónica avanzada por más de un año. (Tabla 1).

Tabla 1. Factores epidemiológicos de los adultos mayores atendidos en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" entre abril a julio de 2021.

Factores epidemiológicos	n=100	%
Grupo etario		
60 a 69 años	23	23.0%
70 a 79 años	33	33.0%
>80 años	44	44.0%
Sexo		
Masculino	59	59.0%
Femenino	41	41.0%
Grado de instrucción		
Analfabeto	2	2.0%
Primaria	20	20.0%
Secundaria	30	30.0%
Técnica superior	31	31.0%
Superior	17	17.0%
Relación con Marina de Guerra		
Titular	57	57.0%
Familiar	43	43.0%
Comorbilidades		
Hipertensión arterial	74	74.0%
Diabetes mellitus	34	34.0%
Hipertiroidismo	15	15.0%
Insuficiencia arterial	2	2.0%
Otros	48	48.0%
Tiempo de enfermedad		
<6 meses	5	5.0%
6 meses a 1 año	12	12.0%
> 1 año	83	83.0%

Entre los síndromes geriátricos más frecuentes en los adultos mayores se apreciaron déficit visual o auditivo (82) 82%, insomnio (59) 59%, estreñimiento (52) 52%, malnutrición (47) 47%, caída en el último año (27) 27% y

lesión por presión (13) 13%. Por otro lado, se observó dependencia funcional leve en el (48) 48% de los adultos mayores, dependencia grave en el (50) 50% y dependencia total en el (2) 2%. (Tabla 2)

Tabla 2. Síndromes geriátricos y dependencia funcional en los adultos mayores atendidos en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora" entre abril a julio de 2021.

Síndromes geriátricos	n	%
Déficit visual o auditivo		
Sí	82	82.0%
No	18	18.0%
Insomnio		
Sí	59	59.0%
No	41	41.0%
Estreñimiento		
Sí	52	52.0%
No	48	48.0%
Malnutrición		
Sí	47	47.0%
No	53	53.0%
Caída		
Sí	27	27.0%
No	73	73.0%
Lesión por presión		
Sí	13	13.0%
No	87	87.0%
Dependencia funcional		
Dependencia total	2	2.0%
Dependencia grave	50	50.0%
Dependencia leve	48	48.0%
Total	100	100.0%

La figura 1 muestra que el 34% de adultos mayores presentó baja calidad de vida, el 63% nivel medio y solo el 3% alta calidad de vida.

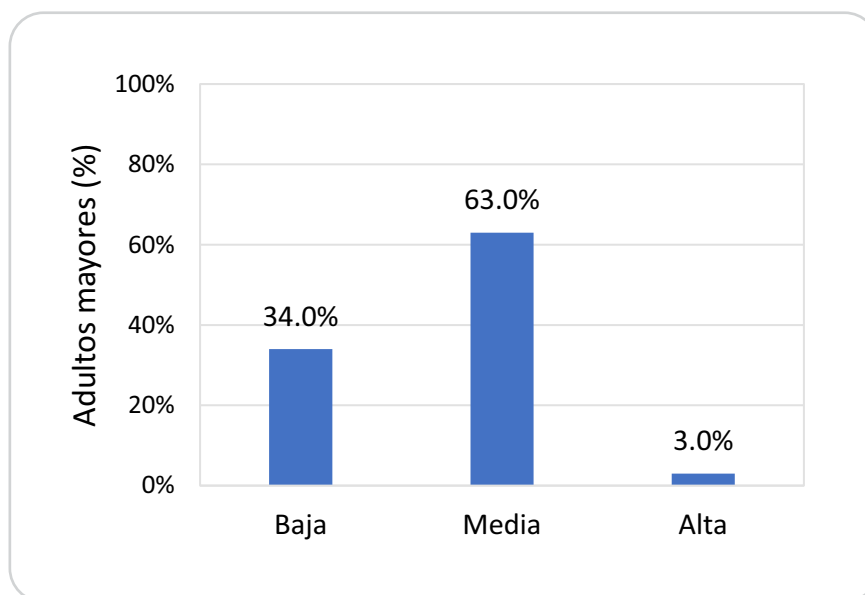


Figura 1. Calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora" entre abril a julio de 2021

Entre los factores epidemiológicos relacionados a la baja calidad de vida, resultó que la edad mayor a 80 años ($p = 0.032$, $RP = 1.818$), sexo femenino ($p = 0.009$, $RP = 2.056$), el grado de instrucción dado por

analfabeto, primaria y secundaria ($p = 0.025$, $RP = 1.930$) y la relación con la marina de guerra como familiar ($p = 0.022$, $RP = 1.894$). (Ver tabla 3)

Tabla 3. Factores epidemiológicos y calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora" entre abril a julio de 2021.

Factores epidemiológicos	Calidad de vida baja (n, %)	P*	RP**	IC (95%) ***
Edad				
60 a 69 años	5 (14.7%)	0.157	Ref.	
70 a 79 años	9 (26.5%)	0.319	0.731	0.38 - 1.38
> 80 años	20 (58.8%)	0.032	1.818	1.04 - 3.17
Sexo				
Femenino	20 (58.8%)	0.009	2.056	1.18 - 3.58
Masculino	14 (41.2%)			
Grado de instrucción				
Analfabeto/primaria/secundaria	23 (67.6%)	0.025	1.930	1.05 - 3.52
Técnica superior/superior	11 (32.4%)			
Relación con Marina de Guerra				
Familiar	20 (58.8%)	0.022	1.894	1.08 - 3.30
Titular	14 (41.2%)			

Diagnóstico				
Insuficiencia cardiaca avanzada	6 (17.6%)	0.804	0.914	0.44 - 1.88
Enfermedad renal crónica avanzada	15 (44.1%)	0.483	0.822	0.47 - 1.42
Insuficiencia respiratoria avanzada	9 (26.5%)	0.114	1.640	0.93 - 2.88
Cirrosis avanzada	4 (11.8%)	0.644	0.819	0.34 - 1.96
Comorbilidades				
Hipertensión arterial	27 (79.4%)	0.376	1.355	0.67 - 2.73
Diabetes mellitus	12 (35.3%)	0.845	1.059	0.59 - 1.87
Insuficiencia arterial	1 (2.9%)	0.629	1.485	0.36 - 6.10
Hipertiroidismo	6 (17.6%)	0.595	1.214	0.60 - 2.42
Otros	20 (58.8%)	0.120	1.548	0.88 - 2.70
Tiempo de enfermedad				
<6 meses	1 (2.9%)	0.498	Ref.	
6 meses a 1 año	3 (8.8%)	0.483	0.710	0.25 - 1.96
>1 año	30 (88.2%)	0.317	1.536	0.62 - 3.79

*p: Prueba Chi-Cuadrado, **RP: Razón de prevalencia, ***IC (95%): intervalo de confianza al 95%.

El insomnio ($p = 0.034$, $RP = 1.930$), el estreñimiento ($p=0.000$, $RP = 3.560$), la lesión por presión ($p=0.000$, $RP = 4.667$) fueron síndromes geriátricos asociados a la Calidad de vida baja. (Ver Tabla 4) y la dependencia funcional grave ($p=0.000$, $RP = 2.788$)

Tabla 4. Síndromes geriátricos y calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora" entre abril a julio de 2021.

Síndromes geriátricos	Calidad de vida baja (n, %)	P*	RP**	IC (95%) ***
Déficit visual o auditivo				
Sí	29 (85.3%)	0.538	1.273	0.57 - 2.83
No	5 (14.7%)			
Insomnio				
Sí	25 (73.5%)	0.034	1.930	1.00 - 3.69
No	9 (26.5%)			
Estreñimiento				
Sí	27 (79.4%)	0.000	3.560	1.71 - 7.41
No	7 (20.6%)			
Malnutrición				
Sí	19 (55.9%)	0.201	1.428	0.82 - 2.48
No	15 (44.1%)			



Caída				
Sí	12 (35.3%)	0.180	1.475	0.85 - 2.55
No	22 (64.7%)			
Lesión por presión				
Sí	10 (29.4%)	0.000	2.788	1.77 - 4.38
No	24 (70.6%)			
Dependencia funcional				
Dependencia total	1 (2.9%)	0.629	1.485	0.36 - 6.10
Dependencia grave	28 (82.4%)	0.000	4.667	2.12 - 10.28
Dependencia leve	5 (14.7%)	0.000	Ref.	

*p: Prueba Chi-Cuadrado, **RP: Razón de prevalencia, ***IC (95%): intervalo de confianza al 95%.

Finalmente, el análisis multivariado evidenció que el insomnio ($p=0.002$), la lesión por presión ($p=0.016$) y la dependencia grave ($p=0.000$) fueron los factores asociados a la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora". (Ver tabla 5)

Tabla 5. Análisis multivariado de los factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora" entre abril a julio de 2021.

Factores asociados	Variables en la ecuación				
	B	P	Rpa	IC (95%) Inferior	Superior
(Intersección)					
Edad > 80 años	0.643	0.001	0.526	0.35	0.78
Sexo	0.039	0.436	1.039	0.94	1.15
Grado de instrucción:	0.032	0.612	1.032	0.91	1.17
Analfabeto/primaria/secundaria	0.038	0.429	1.039	0.95	1.14
Relación con Marina de Guerra: Familiar	0.007	0.899	1.007	0.90	1.12
Insomnio	0.153	0.002	1.166	1.06	1.28
Estreñimiento	0.023	0.652	1.023	0.92	1.13
Lesión por presión	0.221	0.016	1.248	1.04	1.49
Dependencia Grave	0.188	0.000	1.207	1.09	1.33

Variable dependiente: Calidad de Vida

*B: Coeficiente, p: valor de significancia, RPa: Razón de prevalencia ajustada, IC (95%): intervalo de confianza al 95%.

Modelo: (Intersección), edad > 80 años, sexo, grado de instrucción, relación con Marina de Guerra, insomnio, estreñimiento, lesión por presión, dependencia grave



DISCUSIÓN

Al analizar a 100 pacientes se pudo identificar que la mayoría de los adultos mayores tenían calidad de vida media, seguido por aquellos con calidad de vida baja, lo cual coincide con la mayoría de los estudios relacionados, tanto en el entorno nacional como en el internacional^(27,28,20). Lo que demostraría que los adultos mayores, independientemente del ámbito geográfico en el cual se encuentren, tendrán una calidad de vida relacionada al estado en el cual se encuentre, pues en ocasiones podrán presentar carencias generadas por el deterioro fisiológico que se presenta en esta etapa de vida.

Se encontró como factores epidemiológicos, de manera bivariada y no multivariada que, se asocian a la calidad de vida baja de los adultos mayores, la edad >80 años, tal como lo halló Vega⁽²⁹⁾, quien al analizar a adultos mayores con diabetes mellitus en Cajamarca, encontró que la edad entre 70 a 79 años ($p=0.001$), se relacionaba con dicho nivel de calidad de vida, situación similar fue identificado por Valdés⁽³⁰⁾, quien tras analizar adultos mayores de un centro de salud en Arequipa, halló que las personas con edad entre 76-84 años ($p=0.026$) eran quienes presentaban una baja calidad de vida. De esta manera se podría manifestar que mientras más edad tenga el adulto mayor el deterioro de su calidad de vida será mayor. Ello podría deberse al deterioro de su estado fisiológico y funcional, generando que presente discapacidad y limitaciones para realizar sus actividades de manera autónoma, generando el declive de su calidad de vida⁽³¹⁾.

Otro factor identificado asociado a la baja calidad de vida, de manera bivariada, fue el grado de instrucción analfabeto/primaria/secundaria. En estudios relacionados se encontraron resultados similares, pues demuestran que el bajo nivel de instrucción ($p=0.000$)⁽²⁹⁾ como el analfabetismo ($p=0.033$)⁽³⁰⁾, influyen en una baja calidad de vida en el adulto mayor, lo cual se podría explicar en razón a que la ausencia o poca información sobre la importancia del control de las comorbilidades, es una gran limitación para el autocuidado, pues no se aplican las medidas preventivas, lo cual se ve reflejado en la calidad de vida baja^(32,33). Ser familiar del titular perteneciente a la Marina de Guerra fue el último factor epidemiológico bivariado para una baja calidad de vida. Sobre dicha variable no se han encontrado estudios que

aseveren o se contrapongan con ello, pues estudios en instituciones castrenses no han sido identificados. Otros estudios lograron identificar variables que han sido consideradas como factores para baja calidad de vida, siendo estos el sexo masculino⁽³⁴⁾ y el estado civil viudo⁽²⁹⁾.

Adicionalmente, el insomnio y la presencia de lesión por presión fueron los síndromes geriátricos que se asociaron de manera independiente con la baja calidad de vida. Sobre estas variables no se han encontrado estudios, a nivel nacional como internacional, donde hayan correlacionado dichas variables con la calidad de vida, hallando no solo un vacío de información, sino una oportunidad para realizar nuevas investigaciones al respecto. En relación con la dependencia funcional, se encontró que la dependencia funcional grave es un factor independiente para la baja calidad de vida. Diversos estudios, también encontraron dicha correlación tanto en el entorno internacional, como Laredo et al.⁽²⁸⁾, que halló en adultos mayores mexicanos, que aquellos con dependencia funcional eran quienes principalmente tenían calidad de vida baja, o como en el entorno nacional, donde Castillo⁽³⁵⁾, tras realizar su estudio ejecutado en Juliaca, concluyó que la dependencia funcional influye de manera significativa con la calidad de vida ($p=0.000$); situación similar a lo reportado por Salluca y Velasquez⁽³⁶⁾, quienes demostraron la asociación de ambas variables de manera significativa y directamente proporcional. Estas asociaciones suelen ser significativas porque cuando el adulto mayor tiene dificultad para realizar sus actividades cotidianas diarias, ya no es totalmente autónomo y no puede representar sus roles, tareas tanto sociales como familiares, influyen en la deficiencia de su calidad de vida⁽²⁸⁾.

Posteriormente, se han podido identificar estudios donde han analizado la posible relación de otras variables con la calidad de vida, como el elaborado por Polku et al.⁽³⁷⁾, quienes al analizar a adultos mayores finlandeses encontraron que la dificultad auditiva percibida se asociaba de manera significativa con el puntaje general de la calidad de vida evaluada con la versión corta de la OMS, así como con cada uno de sus dominios (físico, psicológico, social y ambiental). Mientras que Liu et al.⁽³⁸⁾, al evaluar a ancianos chinos, encontraron que a mayor número de enfermedades no





transmisibles (ENT) en el anciano mayor será el deterioro de la calidad de vida, medido con la versión china del Quality of Life-Old (1 ENT $p < 0.05$, 2 ENT y 3 a más ENT $p < 0.001$, respectivamente). Y Kantow et al.⁽³⁹⁾, al analizar a adultos mayores del norte de Tailandia identificaron que la conciencia de las caídas y las caídas propiamente dicho, se asociaban con la calidad de vida, donde aquellos adultos mayores que habían tenido antecedente de caída en el año anterior tenían menor calidad de vida ($p < 0.001$). Con estos estudios se puede mencionar que la calidad de vida en los adultos mayores está influenciada por diversos factores, es decir, que es multifactorial, por lo cual es relevante ampliar la evidencia tanto nacional como local, con una población más amplia para identificar aquellos otros factores que estén involucrados en la reducción de dicha calidad.

Contribuciones de autoría: CYP participó en la conceptualización, investigación, metodología, recursos y redacción del borrador original. FMRC participó en la conceptualización, investigación, metodología, recursos y redacción del borrador original. RVA participó en la investigación, metodología, recursos y redacción del borrador original.

Financiamiento: Autofinanciado.

Autor corresponsal: Carolina Yanina Pérez Agüero.
 Dirección: Av. España 782 Breña, Lima - Perú.
 Teléfono: (+51) 979730451
 Correo electrónico: kypamg@hotmail.es

REFERENCIAS

- De Pina R, Aparecido M, De Sousa A, Pilotto M, Kusumota L. Quality of life of elderly people with chronic kidney disease in conservative treatment. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70(4): 851-859. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0103.
- Fuentes L, Padrón D, Libreros L. Indicadores de envejecimiento demográfico del estado de Carabobo, Venezuela. *Periodo 1990-2011. Comunidad y Salud.* 2017; 15(1): 20-29.
- Martínez T, González C, Castellón G, González B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Rev Finlay.* 2018; 8(1): 59-65.
- Rivillas J, Gómez-Artistizabal L, Rengifo-Reina H, Muñoz-Laverde E. Envejecimiento poblacional y desigualdades sociales en la mortalidad del adulto mayor en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2017; 35(2): 369-381. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v35n3a07.
- Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. WHO. [Online]; 2021. [Revisado el 28 de Octubre del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Las personas mayores opinan sobre la salud y el bienestar en países de ingresos medios y bajos que envejecen a un ritmo acelerado. *Envejecimiento y Salud.* Barcelona: Gobierno de España, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad; 2019.
- Blay C, Martori J, Limón E, Oller R, Vila L, Gómez-Batiste X. Busca tu 1%: prevalencia y mortalidad de una cohorte comunitaria de personas con enfermedad crónica avanzada y necesidades paliativas. *Aten Primaria.* 2019; 51(2): 71-79. DOI: 10.1016/j.aprim.2017.07.004.
- Blay C, Martori J, Limón E, Lasmarías C, Oller R, Gómez X. Cada semana cuenta: uso de dispositivos sanitarios y costes relacionados de un cohorte comunitaria de personas con enfermedades crónicas avanzadas. *Aten Primaria.* 2018; 1(1): 1-8.
- Jesus N, Ferreira G, Mendes-Rodrigues C, De Almeida O, Dias D, Martins C. Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis. *Braz J Nephrol.* 2019; 41(3): 364-374. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0152.
- Labenz C, Toenges G, Schattenberg J, Nagel M, Huber Y, Marquardt J, et al. Health-related quality of life in patients with compensated and decompensated liver cirrhosis. *Eur J Intern Med.* 2019; 70(70): 54-59. DOI: 10.1016/j.ejim.2019.09.004.
- Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016; 33(2): 199-201.
- Comín-Colet J, Anguita M, Formiga F, Almenar L, Crespo-Leiro M, Manzano L, et al. Health-related Quality of Life of Patients With Chronic Systolic Heart Failure in Spain: Results of the VIDA-IC Study. *Rev Esp Cardiol.* 2016; 69(3): 256-271. DOI: 10.1016/j.rec.2015.07.030.
- Zhou X, Xue F, Wang H, Qiao Y, Liu G, Huang L, et al. The quality of life and associated factors in patients on maintenance hemodialysis – a multicenter study in Shanxi province. *Ren Fail.* 2017; 39(11): 707-711. DOI: 10.1080/0886022X.2017.1398095.
- Naupaus H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación Cuantitativa - cualitativa y redacción de la tesis. 5th ed. México DF: Ediciones de la U; 2018.

Las limitaciones encontradas para este estudio, es que existe escasa evidencia y estudios sobre insuficiencia orgánica y en etapa avanzada bajo el mismo enfoque metodológico, lo cual influyó en la realización adecuada de contrastación de datos con otros entornos. La evaluación de la calidad de vida en ancianos con insuficiencia orgánica crónica avanzada, es limitada de manera general, ello porque las pesquisas delimitan su población a individuos que padecen de patologías específicas, limitando la contrastación, tal como se realiza en la presente.

Finalmente, se concluye que el insomnio, la lesión por presión y la dependencia funcional grave son factores asociados a la calidad de vida baja en los adultos mayores con insuficiencia orgánica crónica avanzada in a hospital in Lima-Peru.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 13 de Febrero, 2023

Aprobado: 12 de Mayo, 2023

15. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la Investigación Ciudad de México: MC Graw Hill Education; 2018.
16. Saldarriaga C, Gómez E, Navarrete S, Gonzáles G, Gómez J. Consenso Colombiano para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Sociedad Colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular. 2017; 1(1): 1-102.
17. Blanco A, Blázquez J, Boyano I. EPOC. Cor Pulmonale. Tratado de Geriátría para residentes. 2019; 1(1): 371-379.
18. Hospital Cayetano Heredia. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de insuficiencia renal crónica. Resolución Directoral N°469-2017-HCH/DG. 2017; 1-15. Disponible en: <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2017/RD/rd469-102017.pdf>
19. Goldberg, E; Runyon, B; Robson, K. Cirrhosis in adults: Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis. [Online].; 2018. [Citado 2 setiembre 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-etiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=CIRROSIS&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
20. Alor R, Milla E. Grado de dependencia y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del Hospital Naval-Callao, 2019. [Tesis de grado]. Lima : Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020.
21. Delgado J. Caracterización clínico sociodemográfico y evaluación de estado funcional de pacientes geriátricos en el programa de atención domiciliaria del Hospital II EsSalud Ilo, febrero del año 2019. [Tesis de grado]. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2019.
22. Hldalgo C, Morales G, Ortiz M, Rojas M, Bolboa T, Lanuza F, et al. Propiedades psicométricas de la versión chilena del WhoqOL-Bref para la calidad de vida. Psicología Conductual. 2021; 29(2): 383-398.
23. Espinoza I, Osorio P, Torrejón M, Lucas R, Bunout D. Validación dle cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Rev Med Chile. 2011; 139(5): 579-586.
24. Mendoza N, Roncal K. CALIDAD DEVIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD CALLAO, CALLAO - 2016. Tesis de grado. Lima: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2018.
25. Cardona J, Ospinza L, Eljadue A. Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del whoqol-bref y el mossf-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2015; 33(1): 50-57.
26. Maazanti M. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Revista Colombiana de Bioética. 2011; 6(1): 125-144.
27. Levi J, Castillo F, Villa E. Perfil de calidad de vida del adulto mayor de los Centros de Adulto Mayor en los distrito de Chaclacayo y Chosica, Lima, Perú, 2014. Revista de Investigación Universitaria. 2015; 4(2): 57-63.
28. Loredó M, Gallegos R, Xequé A, Palomé G, Juárez A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería universitaria. 2016; 13(3): 159-165.
29. Vega M. Calidad de vida y los factores biosociales del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II. EsSalud. Cajamarca, 2015. [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Cajamarca; 2017.
30. Valdez J. Factores psicológicos y sociales relacionados a la calidad de vida del adulto mayor, Centro de Salud Cono Sur I-4, San Roman 2017. [Tesis de grado]. Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
31. Long M, Pons S, Delgado V, Oliva M, Tamayo Y, González J. Apreciación de la calidad de vida en el adulto mayor. Multimed. Revista Médica. Granma. 2018; 1(1): 1-12.
32. Herrera J. Calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial EsSalud - distrito de Chota, 2017. [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Cajamarca; 2019.
33. Herrera J, Oblitas A. Calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Chota, 2017. Acc Cietna. 2020; 7(1): 31-41.
34. Martínez O, Camarero O, González C, Martínez L. Calidad de vida del adultos mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco. Revista de Ciencias Médicas. La Habana. 2016; 22(1): 30-41.
35. Castillo M. Dependencia funcional y su influencia en la calidad de vida, en usuarios de la casa del adulto mayor, Cerro Colorado Arequipa, Noviembre 2017- Enero 2018. [Tesis de grado]. Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"; 2018.
36. Salluca M, Velásquez M. Calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortopediatria de un Hospital del Callao-2018. [Tesis de grado]. Universidad Norbert Wiener; 2019.
37. Polku H, Mikkola T, Rantakokko M, Portegijs E, Tormakangas T, Rantanen T, et al. Hearing and Quality of Life Among Community-Dwelling Older Adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sc. 2018; 73(3): 543-552.
38. Liu J, Yu W, Zhou J, Chen S, Wu S. Relationship between the Number of Noncommunicable Diseases and Health-Related Quality of Life in Chinese Older Adults: A Cross-Sectional Survey. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(14): 5150. DOI: 10.3390/ijerph17145150.
39. Kantow S, Seangpraw K, Ong-artborirak P, Tonchoy P, Auttama N, Bootsikeaw S, et al. Risk Factors Associated with Fall Awareness, Falls, and Quality of Life Among Ethnic Minority Older Adults in Upper Northern Thailand. Clin Interv Aging. 2021; 16(1): 1777-1788. DOI: 10.2147/CIA.S328912.