

CALIDAD DE VIDA Y ACTIVIDAD FÍSICA EN INDIVIDUOS PREFRÁGILES MAYORES DE 70 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA(*)

María Victoria Castell-Alcalá (1,2,3) [ORCID ID: 0000-0002-9284-4598], María Prieto-Aldana (4,5) [ORCID ID: 0000-0002-6635-1757], Alicia Gutiérrez-Misis (2,3) [ORCID ID: 0000-0002-1257-8059], Rosa Julián Viñals (1,3), Christine Schwarz (6), Marta Gálvez-Fernández (7) [ORCID ID: 0000-0003-1996-7425], Ricardo Rodríguez-Barrientos (8,9) [ORCID ID: 0000-0003-0440-6588], Elena Polentinos-Castro (8,9,10) [ORCID ID: 0000-0001-9460-2966] y grupo MEFAP(**)

- (1) Centro de Salud Dr. Castroviejo. Dirección Asistencial Norte. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España.
- (2) Departamento de Medicina. Unidad de Medicina de Familia y Atención Primaria. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- (3) Instituto de investigación IdiPAZ. Hospital Universitario la Paz. Madrid. España.
- (4) Departamento de Fisioterapia del Centro de Salud Valde las Fuentes. Dirección Asistencial Norte. Servicio Madrileño de Salud. España.
- (5) Departamento de Fisioterapia. Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- (6) Medicina Preventiva y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad-Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.
- (7) Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Severo Ochoa. Servicio Madrileño de Salud. Leganés (Madrid). España.
- (8) Unidad de Investigación de Atención Primaria. Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. España.
- (9) Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) ISCIII. Madrid. España.
- (10) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

(*) **Financiación:** El presente estudio ha sido financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias ISCIII (PI17/01887) y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional ("Una forma de construir Europa"). Los financiadores no tuvieron ningún papel en el diseño del estudio o en la decisión de publicar el estudio.

(**) GRUPO MEFAP: Mercedes Sánchez-Martínez, María del Puerto de Antonio García, Sara Núñez Palomo, Rocío Triano Sánchez, Carmen Mateo Pascual, Dolores Cano Pérez, Araceli Garrido Barral, Ángel Otero Puime, Bárbara Moreno Caballero, Alicia Gutiérrez-Misis, María Prieto Aldana, Rosa Julián Viñals, María Victoria Castell Alcalá.

RESUMEN

Fundamentos: La fragilidad es un problema de creciente magnitud entre los mayores que afecta en mayor proporción a mujeres. La actividad física mejora tanto la funcionalidad como la calidad de vida. Dadas las diferencias en la percepción de la calidad de vida y en la práctica de actividad física entre hombres y mujeres, se planteó como objetivo analizar la asociación entre calidad de vida y actividad física en mayores de 70 años prefrágiles y su relación con el sexo.

Métodos: Estudio descriptivo en mayores de 70 años prefrágiles realizado entre junio de 2018 y marzo de 2020 en 12 centros de salud de Madrid. Se recogieron mediante entrevista clínica, variables de actividad física (cuestionario de Yale), calidad de vida (Euroqol-5D); variables sociodemográficas y de salud (comorbilidad, depresión y dolor). Se realizó análisis descriptivo y modelos de regresión lineal múltiple con calidad de vida como variable dependiente (total población y por sexo).

Resultados: Participaron en el estudio 206 individuos (152 mujeres), con una edad media de 78 años. Las mujeres presentaron menos comorbilidad (32,3% versus 55,6%) y más dolor (60,5% versus 44,4%) que los hombres. La media de actividad física fue de 40 puntos (55,9% de la puntuación corresponde a pasear relajadamente). La calidad de vida fue de 0,74 según utilidades y de 68 en la EVA-EQ5D, sin diferencias según sexo. Pasear más de 5 horas/semana se asoció a mejor calidad de vida según utilidades (0,08, IC95%: 0,03 a 0,14), y según EVA (5,38, IC95%: 0,25 a 10,51).

Conclusiones: La actividad física se asoció a una mejor calidad de vida en población prefrágil mayor de 70 años.

Palabras clave: Prefragilidad, Calidad de Vida, Ejercicio Físico, Anciano, Atención Primaria de Salud, Sexo.

ABSTRACT

Quality of life and physical activity in prefrail individuals over 70 years in primary care

Background: Frailty is an increasing problem among the elderly people and it is more frequent in women. Physical activity improves either the function and quality of life. Given the differences reported by the literature about the quality of life perception and the physical activity practice between men and women, the aim of this study is to analyze the association between health related quality of life (HRQoL) and physical activity in a pre-frail population and to study its relationship with gender.

Methods: Descriptive study in pre-frail individuals over 70 years old assigned to twelve primary care health centers carried out between 2018 Jun and 2020 March in Madrid. The studied variables were registered by clinical interview: Physical activity (Yale), HRQoL (EQ-5D-3L), sociodemographic and clinical variables (comorbidity, depression and pain). Descriptive analysis and multiple linear regression for the whole population and stratified by gender, using the quality of life as dependent variable.

Results: The study involved 206 pre-frail individuals (152 women) with an average age of 78 years. Women had less comorbidity (32.3% versus 55.6%) but more pain (60.5% versus 44.4%) than men. The median of physical activity was 40 points (55.9% of that score was attributable to relaxed walk). HRQoL was 0.74 in utility score and 68 in the EQ-VAS. No differences were found by gender. To walk more than 5 hours a week was found associated with better quality of life by EQ-5D utility score (0.08, IC95%: 0.03 to 0.14), and by EQ-VAS score (5.38, IC95%: 0.25 to 10.51).

Conclusions: Physical activity was associated to better quality of life in a pre-frail population of individuals older than 70 years old.

Key words: Pre-frailty, Quality of Life, Exercise, Aged, Primary Health Care, Sex.

Correspondencia:

María Victoria Castell Alcalá
Centro de Salud Dr. Castroviejo
C/ Cándido Mateos, 11
28035 Madrid, España
maria victoria.castell@salud.madrid.org

Cita sugerida: Castell-Alcalá MV, Prieto-Aldana M, Gutiérrez-Misis A, Julián Viñals R, Schwarz C, Gálvez-Fernández M, Rodríguez-Barrientos R, Polentinos-Castro E, grupo MEFAP. Calidad de vida y actividad física en individuos prefrágiles mayores de 70 años en atención primaria. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 8 de octubre e202110160.

INTRODUCCION

La fragilidad se define como un estado clínico de mayor vulnerabilidad a la exposición de agentes estresores, que aumenta el riesgo de presentar eventos adversos en salud como caídas, hospitalización, institucionalización e incluso muerte⁽¹⁾. Entre las herramientas diagnósticas más comúnmente empleadas se encuentra el fenotipo de Fried que evalúa cinco criterios: agotamiento, pérdida no deseada de peso >5%, debilidad de la fuerza de la mano, velocidad lenta al caminar y baja actividad física. Se considera fragilidad si presenta 3 o más criterios y prefragilidad si presenta 1 o 2 criterios⁽²⁾. Diferentes revisiones estiman la prevalencia de fragilidad entre los mayores de 65 años en torno al 10,7%⁽³⁾ y de prefragilidad entre el 41,6% y el 49,3%⁽⁴⁾. La fragilidad aumenta con la edad y es más frecuente entre las mujeres⁽⁵⁾.

La calidad de vida se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes”*⁽⁶⁾. Entre los diferentes instrumentos para estudiar la calidad de vida, destaca el EuroQol-5D (*European Quality of Life-5 Dimensions*) que mide la calidad de vida en el ámbito de la salud, y que puede ser utilizado en grupos de pacientes con diferentes patologías como en población general⁽⁷⁾.

La calidad de vida entre los mayores disminuye en la medida en la que se envejece, en parte debido al empeoramiento de la salud con la aparición de enfermedades crónicas y muy especialmente por la pérdida progresiva de funcionalidad⁽⁸⁾. También influyen otros aspectos relacionados con problemas psicológicos y sociales como síntomas depresivos, aislamiento y soledad, que son más frecuentes en los

estratos socioeconómicos más bajos⁽⁹⁾. Las mujeres refieren de forma consistente en diferentes estudios una peor calidad de vida que los hombres^(10,11). Si bien todavía no se entiende completamente qué papel desempeña el género en la calidad de vida, los factores que influyen en la misma varían, de forma que entre los hombres las relaciones sociales y entre las mujeres las relaciones familiares tienen una importancia crucial en la calidad de vida⁽¹¹⁾.

Entre las medidas que más favorecen la reversión de la fragilidad se encuentra la práctica de ejercicio físico habitual. Diversas revisiones sistemáticas encuentran claros beneficios de diferentes programas, muy especialmente aquellos relacionados con el ejercicio físico multicomponente, en la mejora de la fuerza muscular, el equilibrio, la velocidad de la marcha y el riesgo de caídas en los individuos frágiles y prefrágiles^(12,13). En este sentido, es importante tener en cuenta que la promoción de la actividad física entre los mayores juega un papel clave en el envejecimiento saludable, pudiendo tener un impacto más allá de la funcionalidad, influyendo en la salud mental y en la calidad de vida⁽¹⁴⁾.

Con respecto a la actividad física en los adultos mayores, la mayoría de estudios detectan que las mujeres tienen tasas más bajas de actividad que los hombres a lo largo de la vida⁽¹⁵⁾ si bien, algunos autores sugieren que las mujeres no realizan menos actividad física, sino otros tipos de actividades más relacionadas con tareas domésticas y con caminar⁽¹⁶⁾.

El verdadero reto para los sistemas de salud y las políticas sanitarias es mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece. Por ello se necesita más evidencia sobre los niveles de actividad física entre las personas mayores para adoptar estrategias de salud pública que podrían mejorar la salud y la calidad de vida de las personas en la vejez⁽¹⁵⁾.

La fragilidad es un problema de salud de creciente magnitud entre los individuos mayores, que afecta notablemente la calidad de vida. Teniendo en cuenta la demostrada mejora de funcionalidad y calidad de vida con el ejercicio físico, los objetivos de este estudio fueron describir la calidad de vida en pacientes prefrágiles, y analizar si existe asociación con la actividad física y otros factores, así como estudiar posibles diferencias por sexo.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal.

Población y ámbito: La población de estudio estuvo constituida por 206 individuos mayores de 70 años prefrágiles según los criterios de Fried⁽²⁾, participantes en el proyecto MEFAP que consiste en un ensayo clínico sobre ejercicio físico multicomponente en mayores prefrágiles⁽¹⁷⁾. Se ofreció participar en el estudio a todos los Centros de Atención Primaria de la Dirección Asistencial Norte de la Comunidad de Madrid que remiten pacientes a las 7 unidades de fisioterapia disponibles en esta zona.

Se preseleccionaron individuos ≥ 70 años con Barthel ≥ 90 , y test de desempeño físico SPPB (*Short Physical Performance Battery*) entre 7 y 11 o test de Frail entre 1 y 2. Se incluyeron individuos pre-frágiles (1 o 2 criterios según Fried) y se excluyeron pacientes con incapacidad para acudir al centro, con deterioro cognitivo moderado o con patología grave a criterio médico

Los datos fueron recogidos en la visita basal entre junio de 2018 y marzo de 2020 en 12 centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid, mediante muestreo consecutivo, reclutando cada captador entre 10 y 15 individuos

Variables: La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se midió con el EuroQol-5D-3L

(EQ-5D-3L). Este cuestionario fue validado en población española⁽⁷⁾. Consta de dos partes, una parte que evalúa 5 dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión (cada dimensión se evalúa en 3 niveles de gravedad y una segunda parte formada por una escala visual analógica (EVA- EQ5D) que evalúa el estado de salud actual autopercebido

La actividad física se midió mediante el cuestionario de Yale (2ª parte) donde se pondera la actividad realizada a lo largo del mes en 5 actividades (actividad vigorosa, pasear relajadamente, moviéndose, estar de pie y estar sentado) valorando según el tipo de actividad, la frecuencia y duración de la misma entre 0 y 126⁽¹⁸⁾. Se construyó la variable “*pasear relajadamente en la semana*” a partir de la pregunta del Yale y se categorizó en: pasear menos de 2 horas/semana, de 2 a 5 horas y más de 5 horas/semana.

Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, dificultad para llegar a fin de mes, trabajo fuera de casa) y clínicas, como comorbilidad (definida por presentar ≥ 2 de las siguientes morbilidades específicas: hipertensión arterial, diabetes, patología pulmonar crónica, patología cardíaca crónica, artritis, accidente cerebrovascular, cáncer y enfermedad renal crónica), depresión (escala geriátrica de depresión de Yesavage ≥ 6) y dolor (calculado a través de la escala visual analógica del dolor con valores entre 0 a 10).

Análisis estadístico: Se describieron las características de los participantes, reflejando las variables cuantitativas en medias con desviación estándar y las cualitativas en frecuencias absolutas y porcentajes. Se estimó la media del índice de utilidad y de la EVA del EQ-5D con sus intervalos de confianza al 95%. Para obtener el contraste de hipótesis de la diferencia de medias se usó el test de t-Student, mientras que

para la diferencia de proporciones se empleó el test de Chi-cuadrado.

Se analizó la posible asociación de la actividad física y las variables demográficas y clínicas con la CVRS mediante modelos predictivos de regresión lineal para el total y estratificado por sexo. Se consideraron como variables dependientes el índice de utilidad y la EVA del EQ-5D y a su vez se obtuvieron los coeficientes con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%.

Se utilizó el programa Stata 16.0 (Stata Corp., College Station, Texas) y se consideró un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Consideraciones éticas: El estudio MEFAP fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitario de la Paz de Madrid (HULP 5004) en marzo de 2018 y por la Comisión Central de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (19/17) y ha sido financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias ISCIII (PI17/01887) y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (“*Una forma de construir Europa*”). Los financiadores no tuvieron ningún papel en el diseño del estudio o en la decisión de publicar el estudio.

RESULTADOS

La muestra de estudio incluyó 206 individuos (152 mujeres) con una edad media de 78 años (DS 5). El 38,3% del total de los casos tenían comorbilidad, un 28,6% presentaron depresión, y un 56,4% refirieron dolor de grado moderado-severo. Las características descriptivas de la población de estudio se muestran en la **tabla 1**, diferenciadas por sexo. En la **tabla 2** se describe la actividad física a partir de las 5 preguntas de la 2ª parte del Yale para el total de la muestra y por sexo. La media de actividad física fue de 40,2 puntos (DS 14,6). Pasear relajadamente supuso el 55,9% del total de puntos del

test de Yale (22 puntos). La media del índice de utilidad fue de 0,74 en el global de la muestra (IC95%: 0,72-0,77), siendo entre los hombres 0,78 (IC95%: 0,74-0,82) y 0,73 (IC95%: 0,70-0,76) entre las mujeres. La media de CVRS según la EVA-EQ5D fue de 68,1 (IC95%: 65,9-70,3), en hombres fue de 66,4 (IC95%: 62,3-70,5) y en mujeres de 68,7 (IC95%: 66,2-71,3). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo para la diferencia de medias del índice de utilidad ($p=0,069$), ni para la EVA-EQ5D ($p=0,352$).

En la **figura 1** se muestra el análisis descriptivo de las 5 dimensiones del EQ-5D-3L por sexo. El 69% de las mujeres declararon presentar dolor (nivel 2-3) frente al 52% de los hombres ($p < 0,05$). En las restantes dimensiones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo.

En la **tabla 3** se muestra el análisis multivariante para el total de participantes, y separado por sexo respecto al índice de utilidades del EQ-5D. El factor que se asoció significativamente a mejor CVRS en el índice de utilidad fue pasear 5 o más horas semanales comparado con pasear menos de 2 horas semanales (0,081 [IC95%: 0,029 a 0,132]) (**tabla 3**). Por el contrario, se asoció a un peor índice de utilidad tener depresión, en el total de la población (-0,080 [IC95%: -0,126 a -0,034]) y en mujeres (-0,080 [IC95%: -0,135 a -0,025]); así como padecer dolor moderado-severo, en el global (-0,035 [IC95%: -0,043 a -0,027]).

Respecto a la EVA-EQ5D (**tabla 4**), también se observó asociación entre incrementar el tiempo de paseo y la CVRS en el total de la población (5,38 [IC95%: 0,25 a 10,52]). No se encontró asociación estadísticamente significativa al estratificar por sexo. Tener depresión se asoció a una peor calidad de vida autopercebida en la población de estudio (-8,01 [IC95%: -12,58 a -3,44]) así como en hombres y

Tabla 1
Características de la población de estudio: global y por sexo.

VARIABLES	TOTAL=206 N (%)	HOMBRES=54 N (%)	MUJERES=152 N (%)	p
Edad (media ±DS)	78±5	79±5	77±5	0,10
Estado civil (casado)	119 (57,8)	40 (74,1)	79 (52,0)	0,005
Estudios (primarios o menores)	133 (64,6)	36 (66,7)	97 (63,8)	0,71
Llegar a fin de mes bien/holgradamente	131 (63,6)	41 (75,9)	90 (59,2)	0,03
Trabajo (fuera de casa)	136 (66,0)	53 (98,1)	83 (54,6)	<0,001
HTA	143 (69,4)	40 (74,1)	103 (67,8)	0,39
Diabetes	37 (18,0)	16 (29,6)	21 (13,8)	0,009
Cáncer	18 (8,7)	5 (9,3)	13 (8,6)	0,87
Patología Pulmonar crónica	17 (8,3)	9 (16,7)	8 (5,3)	0,009
Patología Cardíaca	20 (9,7)	10 (18,5)	10 (6,6)	0,011
Artritis	5 (2,4)	1 (1,9)	4 (2,6)	0,75
Enf. Cerebrovascular	18 (8,7)	7 (13,0)	11 (7,2)	0,20
Enf. Renal crónica	12 (5,8)	5 (9,3)	7 (4,6)	0,21
Depresión (Yesavage≥6)	59 (28,6)	13 (24,1)	46 (30,3)	0,39
Comorbilidad	79 (38,3)	30 (55,6)	49 (32,2)	0,002
Dolor EVA (media, DS)	2,96 (2,49)	2,30 (2,33)	3,19 (2,51)	0,02
Dolor moderado-severo (EVA≥3)	116 (56,3)	24 (44,4)	92 (60,5)	0,04

Tabla 2
Actividad física de la población de estudio: global y por sexo.

VARIABLES	TOTAL=206	HOMBRES=54	MUJERES=152	p	
ACTIVIDAD FÍSICA YALE 2ª PARTE					
Puntuación (Media± DS)	40,2 ±14,3	39,9 ± 15,3	40,3 ± 14,0	0,79	
Frecuencia	Actividad vigorosa ≥1 vez/semana	21 (10,2%)	3 (5,6%)	18 (11,8%)	0,19
	Pasear relajadamente ≥1 vez/semana	192 (93,2)	50 (92,6%)	142(93,4%)	0,84
	Moviéndose >3 horas /día	128 (62,1%)	22 (40,7%)	106 (69,7%)	<0,001
	Estar de pie >3 horas /día	67(32,5%)	13 (24,1%)	54(35,5%)	0,12
	Estar sentado >5 horas/día	14 (6,8%)	9 (16,7%)	5 (3,9%)	<0,001
PASEAR RELAJADAMENTE/SEMANA					
Participantes que pasean <2 horas/ semana	68 (33,0%)	17 (31,5%)	51(33,6%)	0,116	
Participantes que pasean entre 2-5 horas/ semana	72 (35,0%)	14 (25,9%)	58 (38,2%)		
Participantes que pasean ≥5 horas/ semana	66 (32,0%)	23 (42,6%)	43 (28,3%)		

Tabla 3

Análisis multivariante de factores asociados con el índice de utilidad de calidad de vida.

VARIABLES	TOTAL Coeficiente [IC95%] (p)	HOMBRES Coeficiente [IC95%] (p)	MUJERES Coeficiente [IC95%] (p)
PASEAR RELAJADAMENTE >5 HORAS/SEMANA (REF pasear <2 horas/semana)	0,081 [0,029 a 0,132] (0,002)	0,982 [0,005 a 0,191] (0,040)	0,070 [0,006 a 0,134] (0,033)
DEPRESION (REF no depresión, Yesavage <6)	-0,080 [-0,126 a -0,034] (0,001)	-0,077 [-0,167 a 0,013] (0,091)	-0,080 [-0,135 a -0,025] (0,005)
DOLOR	-0,035 [-0,043 a -0,027] (<0,001)	-0,030 [-0,046 a -0,014] (0,001)	-0,037 [-0,047 a -0,026] (<0,001)

Modelo ajustado por edad (p>0,05).

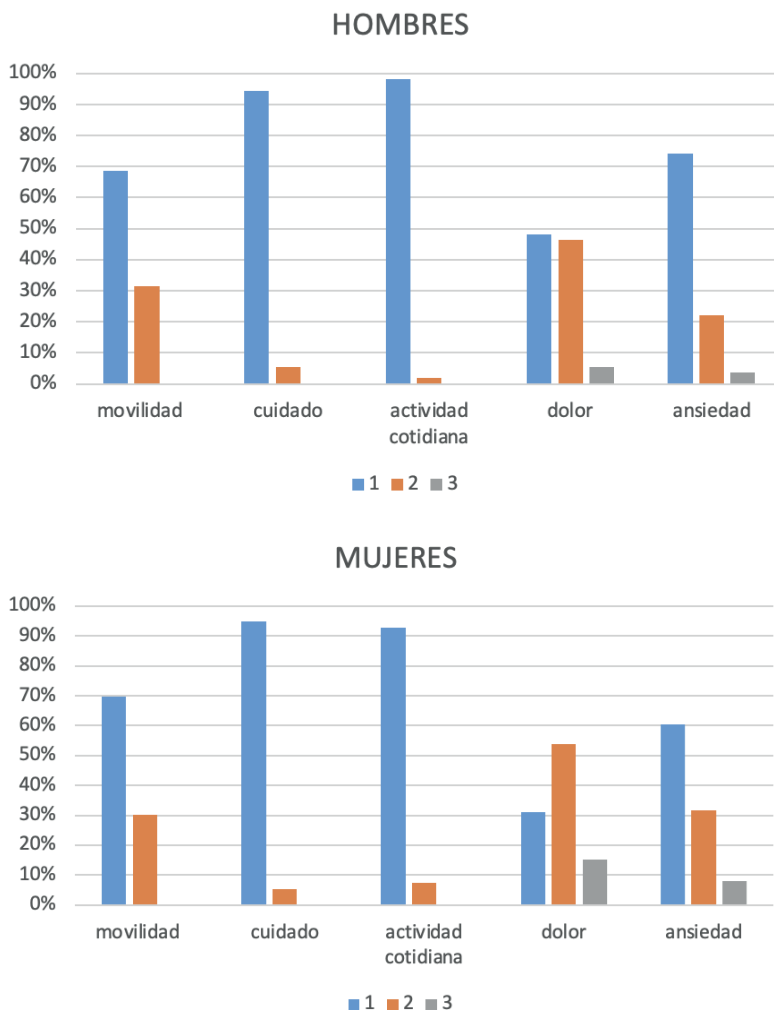
Tabla 4

Análisis multivariante de factores asociados con el EVA-EQ5D de calidad de vida.

VARIABLES	TOTAL Coeficiente [IC95%] (p)	HOMBRES Coeficiente [IC95%] (p)	MUJERES Coeficiente [IC95%] (p)
PASEAR RELAJADAMENTE >5 HORAS/SEMANA (REF pasear <2 horas/semana)	5,38 [0,25 a 10,52] (0,040)	4,79 [-4,74 a 14,32] (0,317)	5,40 [-0,95 a 11,74] (0,095)
DEPRESION (REF no depresión, Yesavage <6)	-8,01 [-12,58 a -3,44] (0,001)	-13,83 [-23,02 a -4,63] (0,004)	-6,842 [-12,24 a -1,45] (0,013)
DOLOR	-1,03 [-1,86 a -0,19] (0,016)	-1,29 [-2,96 a 0,39] [0,129]	-1,12 [-2,12 a -0,11] (0,030)

Modelo ajustado por edad (p>0,05).

Figura 1
Dimensiones de EQ-5D-3L por sexo.



1: No problemas movilidad, no dolor, no ansiedad, no problemas actividades vida diaria, no problemas autocuidado.
 2: Algunos problemas movilidad, algo dolor, algo ansiedad, algunos problemas actividades vida diaria, algunos problemas autocuidado.
 3: Muchos problemas movilidad, mucho dolor, mucha ansiedad, muchos problemas actividades vida diaria, muchos problemas autocuidado.

mujeres. Asimismo, el dolor se relacionó inversamente con la CVRS en el global de la muestra (-1,03 [IC95%: -1,86 a -0,19]) y en las mujeres (-1,12 [IC95%: -2,12 a -0,11]).

No se encontró asociación de la CVRS (índice de utilidad y EVA) con el resto de variables estudiadas.

DISCUSIÓN

Una vida activa y específicamente el paseo relajado habitual de más de 5 horas semanales se relacionó con una mejor calidad de vida en los mayores prefrágiles.

Las características de la muestra se corresponden con las de una población media española urbana de esa edad. Las variables socioeconómicas (estado civil, nivel económico, ocupación laboral) y de salud (comorbilidad y percepción del dolor) reflejaron una distribución diferente según el sexo, lo que en gran parte puede estar relacionado con diferencias en el rol de género asumido a lo largo de la vida por los hombres y las mujeres de estas generaciones⁽¹⁹⁾.

La calidad de vida media de la población de estudio fue de 68 según la EVA y de 0,74 según las utilidades, valores en consonancia con los de otros estudios en pacientes mayores de nuestro entorno⁽²⁰⁾. Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la dimensión de dolor EQ-5D, mostrando el peso que esta variable representa en el bienestar de las mujeres; a ello se añaden otros factores relacionados con desigualdades según el género como la precariedad financiera, déficits en vínculos sociales o de red de apoyo, que son más frecuentes y tienen un mayor impacto en la calidad de vida de las mujeres⁽¹⁹⁾.

Con respecto a la actividad física, los pacientes de nuestro estudio tenían como hábito el paseo relajado, constituyendo este más de la

mitad (55,9%) de la actividad física realizada. Sin embargo, tan solo un tercio de los participantes paseaba más de 5 veces a la semana, sin encontrar diferencias por sexo. Esto indica un cumplimiento deficitario de las recomendaciones de la OMS de realizar un mínimo de entre 150 y 300 minutos de actividad física aeróbica, repartidos en tres o más días a la semana⁽²¹⁾. Es importante además tener en cuenta que realizar de forma aislada ejercicio aeróbico como caminar no mejora el equilibrio ni la fuerza muscular. Las personas mayores también deben realizar actividades de fortalecimiento muscular que impliquen trabajar todos los grandes grupos musculares dos o más días a la semana⁽²¹⁾. Por ello, en los pacientes prefrágiles es especialmente importante la práctica regular de ejercicio físico multicomponente que incluya resistencia cardiovascular, fuerza muscular, equilibrio, y flexibilidad⁽²²⁾.

La actividad física tiene un claro efecto preventivo de la fragilidad⁽¹³⁾ y se asocia a una mejor calidad de vida en la progresión de la fragilidad⁽¹⁴⁾. La combinación de programas individuales y grupales de ejercicio es una buena estrategia para mejorar la función y fomentar el envejecimiento activo que obtiene una buena adherencia por parte de los pacientes⁽²³⁾.

Las mujeres del estudio fueron menos sedentarias que los hombres y declararon llevar una vida más activa, con mayor proporción de actividades que suponen moverse de forma continuada más de 3 horas diarias, datos que probablemente están relacionados con una mayor dedicación a las tareas domésticas y al cuidado familiar. Esta mayor actividad física junto con el compromiso vital que conlleva puede favorecer el mantenimiento de una buena calidad de vida durante periodos más largos en el tiempo vital. Sin embargo, la sobrecarga física y emocional que supone el cuidado de otros puede a su vez ser un factor desestabilizador conforme progresa la fragilidad⁽²⁴⁾.

El presente estudio no encontró asociación entre comorbilidad y calidad de vida. Podrían influir en ello, por un lado, la no inclusión en el índice de comorbilidad de patologías menos frecuentes y/o de aquellas relacionadas con la funcionalidad. Por otro lado, el hecho de que la atención primaria ofrezca una atención longitudinal de los pacientes con enfermedades crónicas puede ayudar a mantener un mejor nivel funcional dentro de un sistema de salud público accesible para esta población. Por ello, dado el progresivo envejecimiento de la población, los programas de atención al anciano recomiendan además del adecuado control de la comorbilidad, evaluar la funcionalidad y la calidad de vida, de cara a crear objetivos personalizados tanto en la práctica clínica diaria como en la gestión y planificación de los servicios sanitarios⁽²⁵⁾.

El dolor y los síntomas depresivos se relacionaron inversamente con la calidad de vida en los mayores prefrágiles de nuestro estudio, en consonancia con la literatura^(23,26). En un estudio prospectivo, Chiou et al demuestra la relación entre dolor y fragilidad en mayores de 65 años, actuando la depresión como mediador de dicha relación⁽²⁷⁾. Por otro lado, son múltiples los estudios que demuestran que la práctica habitual de ejercicio mejora la depresión y el dolor así como la función física y la CVRS^(28,29), si bien se precisan más estudios para clarificar los mecanismos fisiopatológicos que lo sustentan⁽²⁷⁾. Una atención que integre la atención al dolor y la depresión con el incremento de actividad física puede mejorar la CVRS de forma mantenida.

Una de las limitaciones del presente estudio es que la población estudiada pertenecía a una zona de nivel socioeconómico medio, por lo que los resultados pueden no ser extrapolables a otras poblaciones con diferentes índices socioeconómicos. Por otro lado, se trata de un estudio transversal en el que no se pueden establecer relaciones de causalidad. Aun así,

las asociaciones encontradas son relevantes desde el punto de vista clínico.

La atención primaria juega un importante papel en cuanto a la educación para la salud encaminada a generar comportamientos saludables en mayores robustos, prefrágiles y frágiles, haciendo especial énfasis en la práctica habitual de ejercicio físico adaptada a su función física. Entre las implicaciones de este estudio para la atención primaria destacan la necesidad de que el médico de familia desempeñe un papel proactivo en consulta como prescriptor de ejercicio físico, la promoción de actividades grupales de ejercicio desde una implicación multidisciplinar de médicos, enfermeros y fisioterapeutas, así como la coordinación en servicios sociosanitarios (polideportivos, agentes culturales). Sin embargo, y a pesar de que conforme los adultos envejecen aumenta su contacto y la confianza en sus médicos de cabecera, se ha demostrado que entre el 70% y el 80% de los profesionales no hablan con los pacientes sobre la actividad física⁽³⁰⁾.

Es también necesario que los profesionales de la salud y de asistencia social que trabajan con mayores sean conscientes del posible sesgo de género en la evaluación de la calidad de vida y que, por tanto, adopten una perspectiva de género para identificar las necesidades concretas de cada individuo y realizar planes de atención personalizados a medida⁽¹⁹⁾. Un apoyo social subóptimo, el aislamiento social, dificultades económicas o factores psicológicos (como depresión o estrés crónico) suponen barreras para realizar cambios conductuales duraderos en los mayores⁽³⁰⁾. Elaborar estrategias conjuntamente con el paciente para identificar opciones realistas para superar estas barreras, reales o percibidas, es el camino para cambiar los comportamientos no saludables.

Fomentar la actividad física y prescribir ejercicio actúa como factor protector de la

fragilidad en los adultos mayores y maximiza tanto la cantidad como la calidad de vida, mejorando la función física y el bienestar psicológico.

BIBLIOGRAFIA

1. Morley J, Al. NIH Public Access Frailty consensus. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;14(6):392–397.
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J *et al*. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol Med Sci Copyr [Internet]*. 2001 [consultado 2021 Jul 22];56(3):146–56. Disponible en: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/56/3/M146/545770>
3. Travers J, Romero-Ortuno R, Bailey J, Cooney MT. Delaying and reversing frailty: A systematic review of primary care interventions. *Br J Gen Pract*. 2019;69(678):E61–69.
4. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(8):1487–1492.
5. Manfredi G, Midão L, Paúl C, Cena C, Duarte M, Costa E. Prevalence of frailty status among the European elderly population: Findings from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe. *Geriatr Gerontol Int*. 2019;19(8):723–729.
6. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*. 1993;2(2):153–159.
7. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M SA. versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin*. 1999.
8. Kojima G, Iliffe S, Jivraj S, Walters K. Association between frailty and quality of life among community-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(7):716–721.
9. Jivraj S, Nazroo J, Vanhoutte B, Chandola T. Aging and subjective well-being in later life. *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69(6):930–941.
10. Molzahn A, Skevington SM, Kalfoss M MK. The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation.e. *Qual Life Res*. 2010;293–298.
11. Lee KH, Xu H, Wu B. Gender differences in quality of life among community-dwelling older adults in low-and middle-income countries: results from the Study on global AGEing and adult health (SAGE). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8212-0>
12. Cadore EL, Rodríguez-Mañas L, Sinclair A, Izquierdo M. Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: A systematic review. *Rejuvenation Res*. 2013;16(2):105–114.
13. De Labra C, Guimaraes-Pinheiro C, Maseda A, Lorenzo T, Millán-Calenti JC. Effects of physical exercise interventions in frail older adults: A systematic review of randomized controlled trials Physical functioning, physical health and activity. *BMC Geriatr [Internet]*. 2015;15(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-015-0155-4>
14. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, de Oliveira V, Mazzardo O, de Campos W. Association between physical activity and quality of life in the elderly: A systematic review, 2000-2012. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(1):76–88.
15. Sun F, Norman IJ, While AE. Physical activity in older people: A systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13(1).
16. Sjögren K, Stjernberg L. A gender perspective on factors that influence outdoor recreational physical activity among the elderly. *BMC Geriatr*. 2010;10.
17. Castell MV, Gutiérrez-Misis A, Sánchez-Martínez M, Prieto MA, Moreno B, Nuñez S *et al*. Effectiveness of an intervention in multicomponent exercise in primary care to improve frailty parameters in patients over 70 years of age

- (MEFAP-project), a randomised clinical trial: Rationale and study design. *BMC Geriatr*. 2019;19(1).
18. Donaire-Gonzalez D, Gimeno-Santos E, Serra I, Roca J, Balcells E, Rodríguez E, Farrero E, Antó JM G-AJ en representación del P-CSG. Validación del cuestionario de actividad física de Yale en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. 2011.
 19. Liu BC, Leung DS, Warren J. The Interaction Effect of Gender and Residential Environment, Individual Resources, and Needs Satisfaction on Quality of Life Among Older Adults in the United Kingdom. *Gerontol Geriatr Med* [Internet]. 2019 Jan 24;5:233372141987857. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2333721419878579>
 20. Sánchez-García S, Gallegos-Carrillo K, Espinel-Bermudez MC, Doubova SV, Sánchez-Arenas R, García-Peña C, Salvà AB-FS. Comparison of quality of life among community-dwelling older adults with the frailty phenotype. *Qual Life Res*. 2017.
 21. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G *et al*. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sport Med*. 1451;54:20.
 22. Sanidad MDE, Igualdad SSE. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. 2014.
 23. Bauman A, Merom D, Bull FC, Buchner DM, Fiatarone Singh MA. Updating the Evidence for Physical Activity: Summative Reviews of the Epidemiological Evidence, Prevalence, and Interventions to Promote “active Aging.” *Gerontologist*. 2016;56:S268–280.
 24. Del Río Lozano M, García-Calvente M, Calle-Romero J, Machón-Sobrado M, Larrañaga-Padilla I. Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Qual life Res*. 2017;26(12):3227–3238.
 25. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* [Internet]. 2019;53(January 2019):100903. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.04.005>
 26. Park SH, Han KS, Kang CB. Effects of exercise programs on depressive symptoms, quality of life, and self-esteem in older people: A systematic review of randomized controlled trials. *Appl Nurs Res*. 2014 Nov 1;27(4):219–226.
 27. Chiou J-H, Liu L-K, Lee W-J, Peng L-N, Chen L-K. What factors mediate the inter-relationship between frailty and pain in cognitively and functionally sound older adults? A prospective longitudinal ageing cohort study in Taiwan. *BMJ Open* [Internet]. 2018;8:18716. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/>
 28. Hurley MOS. Cochrane Database of Systematic Reviews Exercise interventions and patient beliefs for people with hip, knee or hip and knee osteoarthritis: a mixed methods review (Review) Exercise interventions and patient beliefs for people with hip, knee or hip and knee osteoarthritis: a mixed methods review (Review). 2018; Disponible en: www.cochranelibrary.com
 29. Catalan-Matamoros D, Gomez-Conesa A, Stubbs B, Vancampfort D. Exercise improves depressive symptoms in older adults: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Res*. 2016 Oct 30;244:202–209.
 30. Booth HP, Prevost T, Gulliford MC. Access to weight reduction interventions for overweight and obese patients in UK primary care: population-based cohort study. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/>