



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

ORIGINAL

Diferencias de género en el perfil de salud de una cohorte de 85 años. Estudio Octabaix[☆]

Assumpta Ferrer^{a,*}, Teresa Badía^b, Francesc Formiga^c, Jesús Almeda^d, Coral Fernández^a y Ramón Pujol^c, Grupo de Estudio Octabaix[◇]

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

^b Centro de Atención Primaria Martorell Urbà, Martorell, Barcelona, España

^c Unidad de Geriátría, Servicio Medicina Interna, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^d Unitat de Suport a la Recerca de Costa de Ponent, Institut Català de la Salut, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España

Recibido el 11 de mayo de 2010; aceptado el 17 de septiembre de 2010

Disponible en Internet el 5 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

Anciano de 80 o más años;
Anciano frágil;
Personas con discapacidad;
Cognición;
Comorbilidad

Resumen

Objetivo: Evaluar diferencias del estado de salud según género de personas de 85 años en la comunidad.

Diseño: Estudio descriptivo transversal multicéntrico, en el marco de ensayo clínico aleatorio de caídas y malnutrición.

Emplazamiento: Siete centros de Atención Primaria.

Participantes: personas de 85 años no institucionalizadas.

Metodología: Se recogieron datos sociodemográficos, factores de riesgo cardiovascular, índice Barthel (IB), minexamen cognitivo Lobo (MEC); caídas, estado nutricional con *Mini-Nutritional Assessment* (MNA), comorbilidad según índice Charlson, riesgo social según Escala Gijón, calidad de vida mediante Escala Visual Analógica (EQ-EVA) de salud percibida y fármacos.

Resultados: De 328 habitantes, 61,6% eran mujeres, 53% viudos y un tercio vivían solos. Se recogieron antecedentes de hipertensión arterial 76%, dislipemia 51,2% y diabetes mellitus 17,4%. La mediana IB fue 95 (rango: 0-100), del MEC 28 (0-35), índice Charlson 1 (0-7), MNA 25 (10-30), Escala de Gijón 10 (5-21), y del EQ-EVA 60 (0-100); la media fármacos $6,1 \pm 3,3$. Las mujeres vivían solas más frecuentemente ($p < 0,001$), presentaron más caídas ($p < 0,006$), mayor riesgo nutricional ($p < 0,016$) y riesgo social ($p < 0,001$); existían más hombres casados ($p < 0,001$), con mejor cognición ($p < 0,003$) y funcionalidad ($p < 0,018$), y mayor comorbilidad ($p < 0,001$).

[☆] Proyecto FIS del año 2009 n° PS09/00552. Clinical Trial's.gov: NCT01141116.

* Autor para correspondencia.

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

[◇] El listado de los miembros del Grupo de Estudio Octabaix se presenta en el Anexo 1.

KEYWORDS

Elderly;
80 years and over;
Frail elderly;
Disabled persons;
Cognition;
Comorbidity

Conclusiones: Ser hombre a los 85 años se asocia a estar casado, tener mejor funcionalidad y cognición, y mayor comorbilidad, mientras que ser mujer se asocia a vivir sola, con mayor índice de caídas, de riesgo nutricional y de riesgo social, lo que debería tenerse en cuenta para contribuir a que estas personas más mayores puedan mantener su espacio en la comunidad.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Gender differences in health status in a population of over 85 year-olds. The Octabaix study

Abstract

Objective: To examine gender differences according to health status in the oldest old people of the community.

Design: Cross-sectional multicentre study, within the framework of a clinical trial on falls and malnutrition.

Setting: 7 primary health centres.

Participants: Non-institutionalised patients of 85 years or over.

Methods: The data collected included, socioeconomic data, cardiovascular risk factors, Barthel Index (BI), cognitive status with the Mini-Mental State Examination (MMSE), Charlson Index to measure comorbidity, nutritional risk evaluated by Nutritional Assessment questionnaire (MNA), mean visual analogue self-rating scale in Euroqol- 5D (EQ-VAS) to assess health related quality life and, Gijón social risk test, and prescribed drugs.

Results: A total of 312 subjects were included, of which 61.6% were women, 53% widows and a third of them lived alone. High blood pressure was observed in 76%, dyslipidemia in 51.2%, diabetes in 17.4%, median BI 95 (rank 0-100), MMSE 28 (0-35), Charlson index 1 (0-7), MNA 25 (10-30), Gijón test 10 (5-21), EQ-VAS 60 (0-100) and the mean prescription drugs 6.1 ± 3.3 . Women most frequently lived alone ($P < .001$), fell more ($P < .006$), had a greater nutritional ($P < .016$) and social risk ($P < .001$). Men were more likely to be married ($P < .001$), had better cognition ($P < .003$), better functional status ($P < .018$), and higher comorbidity ($P < .001$).

Conclusion: Being a 85 years old man is associated with being married, having better functionality and cognition, and a higher comorbidity. While being a woman is associated with living alone, a higher rate of falls, and nutritional and social risk. These results are important to help this group of elderly to maintain their position in the community.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En los países desarrollados se está observando un marcado cambio en la estructura de edad de la población, caracterizado por el crecimiento continuo del grupo de mayor edad¹. Esto viene dado por un descenso de mortalidad en los más mayores, comportando un importante aumento en la esperanza de vida. En la actualidad, los mayores de 80 años representan el 5,2% de población española, y en el año 2050 se prevé aumenten al menos hasta el 10%².

Este grupo de edad más avanzada es un grupo frágil y susceptible de enfermar o caer en discapacidad. Sin embargo, la edad constituye un elemento importante, pero insuficiente como criterio aislado para cuantificar y definir las necesidades de una persona mayor enferma^{3,4}. Por ello, se plantea la necesidad de considerar otros factores que pudieran contribuir a explicar la variabilidad en la longevidad, como el conocimiento de un fenotipo de envejecimiento satisfactorio (discapacidad, malnutrición, variables sociodemográficas, o de calidad de vida), que aportaría un 75% de la variabilidad conectado a un determinado genotipo responsable del restante 25%, y que podrían predecir incluso antes

de darse las manifestaciones clínicas de deterioro o dependencia, el envejecimiento saludable⁵. Esta aproximación biomédica enfatiza la maleabilidad del proceso de envejecer, sin embargo los resultados en cuanto a la existencia de posibles marcadores en los más mayores son discrepantes y complejos. Así existirían factores como el género con diferencias significativas referidas a peor comorbilidad en hombres para el grupo de edad de 70-89 años, que serían menos evidentes en sujetos de 80-89 años⁶, o mayor discapacidad funcional descrita en mujeres en países como Holanda, España o Finlandia y no en hombres y mujeres de trabajos realizados en EUA¹. También otros estudios referidos a calidad de vida en ancianos jóvenes de la comunidad, han mostrado que los hombres perciben menos problemas que las mujeres^{7,8} y sin embargo, no se han confirmado dichas diferencias en otros estudios de características similares realizados también en nuestro país⁹.

Por ello, el objetivo principal de este estudio ha sido evaluar diferencias según el género en el estado de salud de las personas de 85 años de la comunidad. Un segundo objetivo fue explorar otros factores asociados al estado de salud, de un grupo poblacional específicamente poco estudiado en

nuestro país, y contribuir a que las personas más mayores mantengan su espacio en la comunidad.

Pacientes y métodos

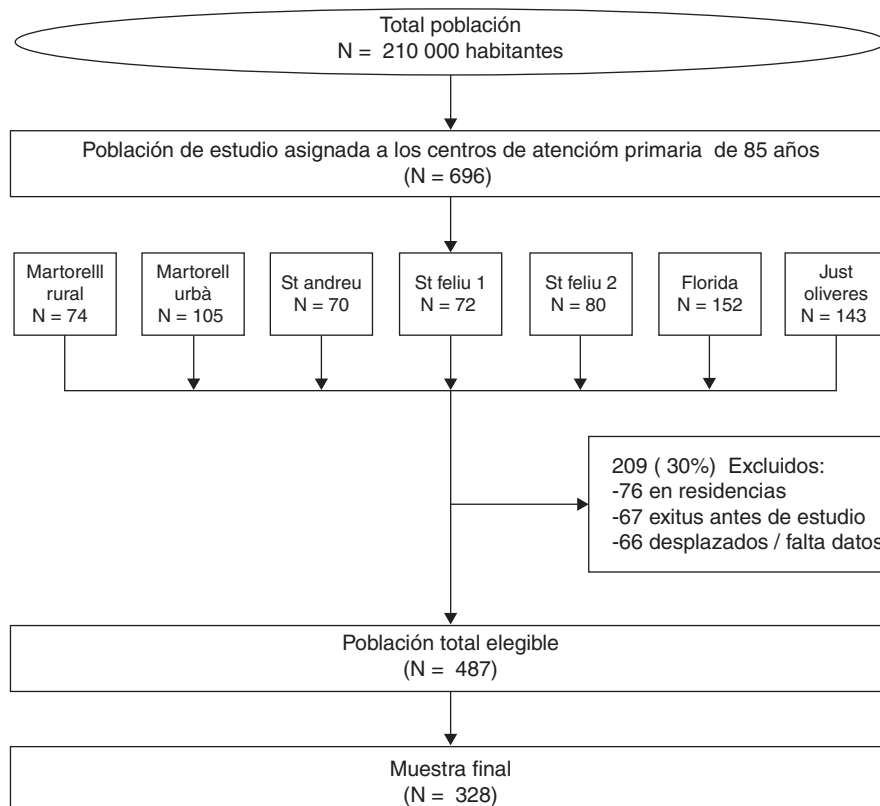
Se trata de un estudio descriptivo en el marco de un ensayo clínico realizado en paralelo, de asignación aleatoria simple, multicéntrico, de caídas y malnutrición de tres años de duración descrito previamente¹⁰. En breve, en el ámbito de 7 equipos de Atención Primaria (AP) con una población conjunta de 210.000 habitantes, y datos similares en cuanto a porcentaje de inmigración (11%) y de población atendida (70%), se invitó a participar a todos los habitantes de 85 años que cumplieran como criterios de inclusión: 1) haber nacido en el año 1924; 2) vivir en la comunidad (no en instituciones geriátricas); 3) estar asignados a los centros de AP según datos extraídos del Registro Central del Sistema Informático en AP, y 4) residir en la zona durante más de 6 meses. Era obligatorio cumplir todos ellos para ser incluidos en el estudio. Del total de 696 sujetos de 85 años potenciales de los 7 centros de AP participantes en el estudio (población de estudio), tras una depuración de los datos según listados del sistema informático AP y según citación telefónica, quedaron 487 (70%) individuos incluíbles. Los diferentes motivos de no inclusión fueron: 76 (10,9%) en residencias no registradas según listados, 67 (9,6%) fallecimientos antes del estudio, y 66 (9,4%) desplazados. Para el cálculo del tamaño muestral, como la variable resultado era el índice de caídas y del riesgo nutricional, se asumió una proporción de caídas y riesgo de malnutrición cercano al 30%, y se planteó una disminución de los nombrados índices¹⁰ en un 15%. Aceptando un riesgo A de 0,10 y un riesgo B de 0,20 en un contraste unilateral, se calcula una muestra de 164 sujetos en el grupo intervención y 164 en el grupo control para detectar una diferencia igual o superior al 15% entre ambos (riesgo relativo = 0,50), estimándose una tasa de reposición del 50%.

Durante el período de enero-abril de 2009, se les solicitó la participación en el estudio por carta y telefónicamente. Todos los individuos y/o cuidadores que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado al realizar la entrevista basal. La recogida de datos se realizó según datos de historia clínica y entrevista realizada en el domicilio o en el Centro de Atención Primaria (CAP), por parte de profesionales de AP formados específicamente para valoración geriátrica. El comité de ética local del "Institut d'Investigació i Recerca en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol" dio la aprobación para su realización. Se cumplimentaron datos sociodemográficos: género, estado civil, nivel de estudios, así como convivencia, y factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y dislipemia. Según interrogatorio y registro en historia clínica se incluyó los antecedentes de accidente vascular cerebral (AVC), cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia

cardíaca (IC) y demencia. Se utilizó el índice de Charlson para evaluar la comorbilidad (con una puntuación máxima de gravedad de 37 puntos)¹¹. La capacidad funcional para actividades básicas de la vida diaria se midió con el índice de Barthel (IB) y se utilizó cortes intermedios de dicho IB que nos ayudaron a evaluar el grado de dependencia (0-20: total; 21-40: severa, 41-60: moderada, 61-90: leve, y > 90: independiente en domicilio)¹². El estado cognitivo se valoró con la versión española adaptada por Lobo y colaboradores del Mini-Examen Cognitivo (MEC) que puntúa sobre 35 (menos de 24 sugiere deterioro cognitivo en mayores de 65 años)¹³. Definimos una caída como cualquier incidente en el que el paciente termina en el suelo o un nivel inferior en contra de su voluntad. No se consideró caída ir a parar contra un mueble, pared u otra estructura¹⁴. Se recogió el antecedente reconocido de caídas previas en el último año, así como el número de ellas. El riesgo nutricional se valoró mediante *Mini-Nutritional Assessment* (MNA), que identifica pacientes con riesgo de malnutrición para valores de 17-23,5 y malnutrición en cifras < 17¹⁵. La calidad de vida fue evaluada mediante el test de Calidad de Vida (Euroqol-5D) con Escala Visual Analógica (EQ-EVA) de salud percibida, con una puntuación entre 0 y 100 (donde 0 era el peor estado de salud que podía imaginarse y 100 el mejor)¹⁶. Para la valoración social se utilizó la Escala de Gijón que puntúa sobre 24 puntos considerándose riesgo social entre 10-14 y existencia de problemática social con puntuaciones > 15¹⁷. También se evaluó el registro del número de fármacos de prescripción crónica, considerándose polifarmacia la existencia de ≥ 4 fármacos.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo en que los resultados se expresan mediante proporciones para las variables cualitativas; media y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas de distribución normal y mediante mediana, y rango para las de distribución no normal; con los respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de la Chi cuadrado con corrección de Yates y test exacto de Fisher, cuando las condiciones de aplicación lo requirieron. Para la comparación de las variables cuantitativas, la significación estadística de las diferencias se valoró mediante el test de la *t* de Student, ANOVA y test no paramétricos en caso de distribución no normal de la variable. Los resultados se consideraron significativos cuando $p < 0,05$. Para la recogida de información se emplearon tablas confeccionadas mediante programa Access y para el análisis estadístico se utilizó el programa PASW statistics 18.0 (SPSS Inc., an IBM Co. Chicago, Illinois. EE.UU.).



Esquema general del estudio: Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico sobre diferencias del estado de salud de personas de 85 años, en la comunidad. Diagrama de flujo de habitantes de 85 años.

Resultados

De los 328 individuos estudiados, 202 eran mujeres; 174 del total eran personas viudas, 134 personas estaban casadas y 20 solteras. La [tabla 1](#) muestra la descripción de las principales variables sociodemográficas y geriátricas evaluadas, y la [tabla 2](#) las principales variables clínicas.

Entre los índices geriátricos, al evaluar las actividades básicas de la vida diaria, la mediana del IB era 95 (0-100); existían 228 (70%) sujetos con IB mayor o igual de 90 y 2 (7%) tenían IB menor de 60. Al analizar la cognición en el MEC se obtuvo una mediana de 28 (0-35); un MEC mayor igual de 24 en 239 (73%) personas y MEC < 19 en 36 (11%).

La mediana del índice de Charlson fue de 1,00 (0-7) y en 199 (61%) sujetos fue menor de 2. La mediana del riesgo nutricional cuantificada con el MNA fue de 25 (10-30), además 113 (34,2%) de los evaluados tenían riesgo de malnutrición con MNA $\leq 23,5$. La media del número de caídas fue de $0,4 \pm 0,9$; un total de 68 individuos (20,7%) presentaron una caída, mientras que 25 sujetos (7,6%) sufrieron ≥ 2 caídas en el último año.

Se cuantificó el riesgo social mediante la Escala de Gijón obteniéndose una mediana de 10 (5-21) así como 172 (52,4%) sujetos en riesgo social > 10. Al estudiar la calidad de vida la puntuación media de EQ-EVA fue de 60 (0-100). Así mismo, la media de fármacos era de $6,1 \pm 3,3$ y tomaban 4 o más fármacos 253 (77,2%) de los individuos evaluados.

Diferencias según género

La [tabla 1](#) también muestra los datos sociodemográficos y de valoración geriátrica del grupo de personas de 85 años de la comunidad según el género, y de la misma manera la [tabla 2](#) presenta también las variables clínicas según género. A destacar que había más mujeres que vivían solas ($p < 0,001$), que habían caído ($p < 0,006$), que tenían mayor riesgo nutricional según el MNA ($p < 0,016$) y mayor riesgo social medido con la Escala de Gijón ($p < 0,001$). Por el contrario, había más hombres casados ($p < 0,001$), con una mejor cognición según los resultados del MEC ($p < 0,003$) y una mayor puntuación en el IB para actividades básicas de la vida diaria ($p < 0,018$), así como también una puntuación más alta en el índice de comorbilidad de Charlson ($p < 0,001$).

Discusión

Los resultados de este estudio muestran, una población de ciudadanos de 85 años que viven en la comunidad, con un aceptable estado de salud, una funcionalidad preservada, buena cognición, escaso riesgo de malnutrición, de caídas y de comorbilidad. Existen asimismo, importantes diferencias según género, por lo que ser hombre a los 85 años se asocia a estar casado, tener mejor funcionalidad y cognición, y mayor comorbilidad, mientras que ser mujer se asocia a

Tabla 1 Características sociodemográficas y valoración geriátrica de los 328 individuos de 85 años evaluados según el género.

	Total %	(N = 328) IC 95%	Mujeres %	(N = 202) IC 95%	Varones %	(N = 126) IC 95%	p
<i>Estado civil</i>							0,000
Casado	40,9%	0,4-0,5	21,8%	0,2-0,3	71,4%	0,6-0,8	
Soltero	6,1%	0,0-0,1	6,4%	0,0-0,1	5,6%	0,0-0,1	
Viudo	53%	0,5-0,6	71,8%	0,6-0,7	23%	0,2-0,3	
<i>Estudios</i>							0,269
Sin estudios	34,5%	0,3-0,4	33,2%	0,3-0,4	36,5%	0,3-0,5	
< 5 años	46,6%	0,4-0,5	49,0%	0,4-0,6	42,9%	0,3-0,5	
≥ 6	18,9%	0,1-0,2	17,9%	0,1-0,2	20,6%	0,1-0,3	
<i>Vive solo</i>	30,5%	0,3-0,4	39,1%	0,3-0,5	16,7%	0,1-0,2	0,000
	Mediana	Rango	Mediana	Rango	Mediana	Rango	
<i>IB</i>	95	0-100	95	5-100	100	0-100	0,018
<i>MEC</i>	28	0-35	27	0-35	29,5	6-35	0,003
<i>MNA</i>	25	10-30	24,5	10-30	26	14-30	0,016
<i>Índice de Charlson</i>	1	0-7	1,0	0-6	1,5	0-7	0,001
<i>EQ-EVA</i>	60	0-100	60	0-100	64	0-100	0,167
<i>Escala de Gijón</i>	10	5-21	11	5-21	8	5-16	0,000

EQ-EVA: Euroqol-5D-Escala Visual Analógica; IB: índice de Barthel; MEC: miniexamen cognitivo de Lobo; MNA: Mini-Nutritional Assessment.

vivir sola, con mayor índice de caídas, de riesgo nutricional y de riesgo social.

La descripción inicial de las características a los 85 años en la zona descrita mostró un predominio de habitantes del género femenino, con un elevado porcentaje de personas viudas, y un nivel de estudios bajos, resultados similares todos ellos a otros estudios en personas muy mayores de otros países nacionales o extranjeros¹⁸⁻²⁰. Llama la atención la elevada proporción de sujetos que vivían solos (30,5%), a diferencia del 9% hallado al evaluar un grupo de población nonagenaria más mayores en cuanto a edad en 5 o más años, en el estudio realizado en la zona descrita por el mismo equipo multidisciplinar⁴. Esta elevada proporción podría explicarse por el hecho de que a pesar de los cambios actuales de la estructura familiar, el mantener un estado funcional y cognitivo correcto les induce al deseo de seguir cuidándose ellos mismos. Sin embargo, estos resultados sugieren

que existen aún factores culturales que retienen más a los mayores en sus domicilios respecto otros países europeos en donde el aumento de la dependencia junto a la incorporación al mundo laboral de las mujeres ha comportado un nivel de institucionalización geriátrica de prácticamente el doble (40%)²¹ que el de nuestro país (26%)⁴. En el análisis posterior de datos sociodemográficos según género destaca también una mayor proporción de viudedad y de vivir solas entre las mujeres respecto de los hombres, de acuerdo con otros estudios en mayores de 80 años^{6,20}. Este hecho creemos es importante por cuanto el estar solas, junto a una mayor proporción descrita entre las mujeres de deterioro funcional^{4,20} las hace más propensas a una mayor necesidad de cuidadores (formales o informales), de recursos comunitarios (transporte sanitario, consultas a domicilio) o institucionalización, que al mismo tiempo debería tenerse en cuenta, para evitar un mayor deterioro funcional, y que aumenta a su vez en

Tabla 2 Variables clínicas de los 328 individuos de 85 años evaluados según el género.

	Total (N = 328)			Mujeres (N = 202)			Varones (N = 126)			p
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	
Hipertensión arterial	249	75,9	0,7-0,8	159	78,7	0,7-0,8	90	71,4	0,6-0,8	0,086
Diabetes mellitus	58	17,7	0,1-0,2	38	18,8	0,1-0,2	20	15,9	0,1-0,2	0,340
Dislipemia	168	51,2	0,5-0,6	108	53,5	0,5-0,5	60	47,6	0,4-0,6	0,180
Accidente vascular cerebral	49	14,9	0,1-0,2	27	13,4	0,1-0,2	22	17,5	0,1-0,2	0,083
Cardiopatía isquémica	19	5,8	0,0-0,1	11	5,4	0,0-0,1	8	6,3	0,0-0,1	0,455
Insuficiencia cardíaca	41	12,5	0,1-0,2	25	12,4	0,1-0,2	16	12,7	0,1-0,2	0,530
Demencia	31	9,4	0,1-0,1	22	10,9	0,1-0,2	9	7,1	0,0-0,1	0,214
	Media	DE	IC 95%	Media	DE	IC 95%	Media	DE	IC 95%	
N.º caídas/persona/año	0,4	0,9	0,3-0,5	0,53	1,1	0,4-0,7	0,24	0,5	0,2-0,3	0,006
N.º de fármacos	6,1	3,3	5,7-6,5	6,35	3,4	5,8-6,8	5,67	3,1	5,1-6,2	0,071

personas con bajos ingresos económicos o recursos sociales²². En cuanto a los resultados obtenidos en relación al nivel educativo, el 50% de sujetos de este trabajo cursaron estudios durante menos de 6 años a diferencia de lo descrito en otros grupos, como el de la cohorte de Dinamarca donde se refieren índices (23%) claramente inferiores. Este dato podría ser relevante por cuanto se ha descrito asociación entre deterioro cognitivo previo y bajo nivel educacional como factor favorecedor de la evolución a demencia²³, por ello y aunque existen resultados contradictorios^{23,24}, el nivel educacional podría ser un factor modificable de elevado impacto en la prevención de demencia, a tener en cuenta en comunidades similares a la descrita.

En relación con las variables geriátricas analizadas de entre las actividades básicas de la vida diaria destaca una proporción de sujetos independientes (IB igual o superior a 90) en más de las tres cuartas partes de la comunidad. Así como sólo un 7% de personas en situación de dependencia severa (IB igual o inferior a 40) a los 85 años. Estos resultados están de acuerdo a lo reportado previamente¹⁸ en población de la misma edad, y difieren de estudios realizados en el mismo ámbito en población más anciana con menos de un 38% de independientes y una cuarta parte en situación de dependencia grave⁴. También el índice medio en la escala de deterioro cognitivo utilizada (MEC), muestra una buena cognición a estas edades. Aunque sorprende, que en una cuarta parte presenten MEC compatible con demencia que no se corresponde con la escasa proporción de demencia (9%) diagnosticada en este trabajo. Probablemente tales diferencias, y de acuerdo con otros estudios^{4,25}, evidencian un posible infradiagnóstico de los pacientes con demencia previa. Así mismo los índices hallados de elevada capacidad funcional y cognitiva constituyen indicadores de independencia y de posible vejez "exitosa, satisfactoria, o saludable" (*successful aging*), que a su vez presentan diferencias de género con más mujeres que sobreviven a los 85 años con su discapacidad que los hombres. Probablemente por ello son los elevados índices de mayor prevalencia de discapacidad en mujeres, más que las incidencias similares según género de nuevo deterioro funcional, los que podrían explicar dicha elevada proporción en de discapacidad en mujeres²⁰.

Así mismo y de acuerdo con otros trabajos, existían también diferencias de género a favor de los hombres entre el valor medio de las mediciones de índices de caídas y nutrición^{9,25}. La idea en este trabajo es que las mujeres llegan en mayor porcentaje con su discapacidad que los hombres a edades muy avanzadas, pero que los hombres que llegan lo hacen en mejores condiciones²⁶.

Por otro lado, los índices medios de comorbilidad evaluada en este estudio mostraron una baja comorbilidad, respecto de ancianos más jóvenes reportados con índices de Charlson superiores a 2 en un 31%²³, o con más de 2 enfermedades crónicas en el 52% a los 70 años de edad según se describe en el estudio de Marengoni²⁷. Así los resultados de este trabajo concuerdan con los bajos índices de comorbilidad obtenidos en otros estudios desde la comunidad^{4,18} y a diferencia de estudios realizados en medio hospitalario donde existen mayor número de patologías graves⁶. Sin embargo, en la descripción de comorbilidad aislada por patologías, en este grupo se destaca una elevada proporción de HTA en más del 75% de este grupo, a diferencia de otros estudios de

población similares en cuanto a edad donde se reportaban cifras inferiores del 52% en la cohorte de Dinamarca²¹, o del 54% en mayores de 75 años según la Encuesta Nacional de Salud del año 2006²⁸. Este hecho podría relacionarse con un aumento en la longevidad que prolongaría los períodos de nuevo diagnóstico tardío o de morbilidad hasta estas edades más avanzadas. En cuanto al resto de factores de riesgo (DM, dislipemia), los porcentajes hallados concuerdan con lo descrito en otras cohortes^{25,29}. Respecto al género hallamos una mayor comorbilidad de los hombres en este trabajo frente las mujeres, similar a la de otros estudios^{6,26} que sería importante por cuanto un mayor número de enfermedades en los hombres se podría corresponder con un mayor impacto en los presupuestos hospitalarios, respecto al que ejercerían las mujeres más consumidoras según se ha referido anteriormente en este artículo de recursos de la comunidad con impacto en presupuestos extrahospitalarios, a tener en cuenta en la racionalización de recursos sanitarios⁶. Los datos en este estudio constatan además un elevado consumo de fármacos de prescripción crónica en esta población, que podría explicarse por la elevada proporción ya referida de patología cardiovascular como HTA en este grupo y el riesgo inherente de entrar en la cascada de prescripción por enfermedades, tan alejada de la prescripción individualizada por paciente que debería ser la norma entre los profesionales sanitarios que intervienen en el acto de la prescripción^{25,30}.

Otro aspecto no menos importante, es la existencia de un riesgo social elevado en la mayoría del grupo descrito, sobre todo en las mujeres, que no se ajusta con la auto-percepción de salud más que aceptable referida por los participantes en el estudio y similar a la descrita en ancianos más jóvenes⁹. Este hecho probablemente podría así encubrir posibles solicitudes de ayuda desde esta comunidad más anciana, difíciles de detectar, si nos fijáramos sólo en las autoreferenciadas.

La principal fuerza del estudio es evaluar un grupo poblacional muy homogéneo por la edad e incorporar criterios de las escalas más utilizadas para la valoración del estado de salud en el anciano. La elección de los sujetos que residen en el domicilio y no en una institucionalización se ha pensado con la idea de homogenizar resultados. La elección de una cohorte de sujetos nacidos en el mismo año permite que las diferentes experiencias de vida, educación o percepción de salud por la edad, existentes en grupos de edades amplias en población anciana, se minimicen en este efecto cohorte.

Entre las principales limitaciones de este trabajo destacamos la muestra pequeña, especialmente en el número de varones, que es una característica habitual en estos estudios de pacientes de edades muy avanzadas. Sin embargo, sus resultados siguen siendo comparables a otros estudios de características similares en cuanto a edad y tamaño de la muestra. Otra limitación es que por el carácter transversal de este estudio, no puede deducirse la asociación de causalidad. Por ello, los resultados deben interpretarse con precaución.

En conclusión, existen importantes diferencias según género por lo que ser hombre a los 85 años se asocia a estar casado, tener mejor funcionalidad y cognición, y mayor comorbilidad, mientras que ser mujer se asocia a vivir sola, con mayor índice de caídas, de riesgo nutricional y de riesgo social, lo que debería tenerse en cuenta para contribuir a

que estas personas más mayores puedan mantener y mejorar incluso su espacio en la comunidad.

Lo conocido sobre el tema

- En la actualidad, los mayores de 80 años representan el 3,8% de la población europea y en el año 2050 se prevé aumenten al menos hasta el 10%.
- El conocimiento de un fenotipo de envejecimiento satisfactorio conectado a un determinado genotipo, podría predecir incluso antes de darse manifestaciones clínicas como deterioro o dependencia, el envejecimiento saludable.
- La aproximación biomédica enfatiza la maleabilidad del proceso de envejecer, sin embargo los resultados son discrepantes.

Qué aporta este estudio

- Este estudio muestra una población de ciudadanos muy mayores, que viven en la comunidad con un aceptable estado de salud, una funcionalidad preservada, buena cognición, escaso riesgo de malnutrición y de caídas, así como de comorbilidad.
- Hay más mujeres que viven solas, que han sufrido caídas, tienen mayor riesgo nutricional y social; y más hombres casados con mejor cognición, funcionalidad y mayor comorbilidad, a los 85 años.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1.

Grupo de estudio Octabaix: J. Almeda (Unitat de Suport a la Recerca de Costa de Ponent, IDIAP J Gol), T. Badía (ABS Martorell urbano), A. Lobato (ABS St. Andreu de la Barca), C. Fernández (Cap Rambla), A. Ferrer (CAP el pla), F. Formiga (UFISS de Geriatria, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Bellvitge), A. Gil (ABS St. Andreu de la Barca), M.J. Megido (ABS Just Oliveras), G. Padrós (Laboratori Clínic L'Hospitalet-Cornellà), M. Sarró (CAP Florida Nord) y A. Tobella (ABS Martorell rural).

Bibliografía

- Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009;374:1196–208.
- Sociedad española de geriatría y gerontología. Tratado de Geriatria para residentes [libro en internet]. Madrid: Sociedad española de geriatría y gerontología; 2006. Disponible en: <http://www.segg.es/segg>.
- Martín I, Gorroñoigoitia A, Gómez J, Baztán JJ, Abizanda P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Aten Primaria*. 2010;42:388–93.
- Ferrer A, Formiga F, Henríquez E, Lombarte I, Olmedo C, Pujol R. Evaluación funcional y cognitiva en una población urbana de mayores de 89 años. Estudio NonaSantfeliu. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41:21–6.
- Collerton J, Barrass K, Bond J, Eccles M, Jagger C, James O, et al. The Newcastle 85+ study: biological, clinical and psychosocial factors associated with healthy ageing: study protocol. *BMC Geriatrics*. 2007;7:14.
- Rozzini R, Sleiman I, Maggi S, Noale M, Trabucchi M. Gender Differences and Health Status in Old and Very Old Patients. *J Am Med Dir Assoc*. 2009;10:554–8.
- Azpiazú Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Alvear Valero de Bernabé 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;76:683–99.
- 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;17:1229–38.
- Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Alonso J. Evolution of self-rated health status in the elderly: Cross-sectional vs. longitudinal estimates. *J Clin Epidemiol*. 2000;53:563–70.
- Ferreras A, Badía T, Formiga F, Gil A, Padrós G, Sarró M, et al. Ensayo clínico aleatorizado de prevención de caídas y malnutrición en personas de 85 años en la comunidad. Estudio Octabaix. *Rev Esp Geriatr Gerontología*. 2010;45:79–85.
- Charlson M, Pompei P, Ales K, MacKenzie C. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373–5.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Md State Med J*. 1965;14:61–5.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:767–74.
- Buchner DM, Hornbrook MC, Kutner NG, Tinetti ME, Ory MG, Mulrow CD, et al. Development of the Common Data Base for the FICSIT Trials. *J Am Geriatr Soc*. 1993;41:297–308.
- Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature-What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006;10:466–85.
- Herdman M, Badía X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para medir calidad de vida relacionada con salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28:425–30.
- Alarcón MT, González JL. La escala sociofamiliar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1998;33:178–80.
- Monteserín R, Altimir S, Brotons C, Padrós J, Santa Eugeni S, Moral I, et al. Ensayo clínico aleatorizado sobre la eficacia de la valoración geriátrica integral seguida de intervención en atención primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43:5–12.
- Barberger-Gateau P, Commenges D, Gagnon M, Letenneur L, Sauvel C, Dartigues JF. Instrumental activities of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. *J Am Geriatr Soc*. 1992;40:1129–34.
- Bootsma-van der Wiel A, Gussekloo J, de Craen AJ, van Exel E, Knook DL, Lagaay AM, et al. Disability in the Oldest: "Can Do or Do Do"? *J Am Geriatric Soc*. 2001;49:909–14.
- Nybo H, Gaist D, Jeune B, McGue M, Vaupel JW, Christensen K. Functional Status and Self-Rated Health in 2,262 Nonagenarians: The Danish 1905 Cohort Survey. *J Am Geriatric Soc*. 2001;49:601–9.

22. Bootsma-van der Wiel A, de Craen AJ, Van Exel E, Macfarlane PW, Gussekloo J, Westendorp RG. Association between chronic diseases and disability in elderly subjects with low and high income: the Leiden 85-plus Study. *Eur J Public Health*. 2005;15:494-7.
23. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, Friedland RP, Galasko D, Hall K, et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *Lancet Neurol*. 2008;7:812-26.
24. Van den Berg E, de Craen AJ, Biessels GJ, Gussekloo J, Westendorp RG. The impact of diabetes mellitus on cognitive decline in the oldest of the old: a prospective population-based study. *Diabetologia*. 2006;49:2015-23.
25. Zunzunegui V, Béland F. La salud de las personas mayores de Leganés. *Rev Gerontol*. 1995;5:245-58.
26. Formiga F, Pujol R, Pérez-Castejon JM, Ferrer A, Henríquez E. Low comorbidity and male sex in nonagenarian community-dwelling people are associated with better functional and cognitive abilities: The NonaSantfeliu study. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:1836-7.
27. Marengoni A, Von Strauss E, Rizzuto D, Winblad B, Fratiglioni L. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study. *J Intern Med*. 2009;265:288-95.
28. Ministerio de sanidad y consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006. Disponible en: <http://www.msc.es>.
29. Sitjas E, San José A, Armadans L, Mundet X, Vilardell M. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Aten Primaria*. 2003;32:282-7.
30. Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez C, Gallagher P, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:273-9.