



REPÚBLICA DE CUBA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

POLICLÍNICO ANTONIO MACEO

*Evaluación de la calidad de vida en pacientes geriátricos
con el uso del Prevenox*

Autor: Dra. Yunia Dalina Martín Quesada.

Residente de segundo año de Medicina General Integral

TESIS EN OPCIÓN AL GRADO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
MEDICINA GENERAL INTEGRAL.

CIEGO DE ÁVILA

2015



REPÚBLICA DE CUBA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

POLICLÍNICO ANTONIO MACEO

*Evaluación de la calidad de vida en pacientes geriátricos
con el uso del Prevenox*

Autor: Dra. Yunia Dalina Martín Quesada.

Residente de segundo año de Medicina General Integral.

Tutor: Dra. Norma Pérez Callejas.

Especialista de segundo grado en Pediatría. Máster en
homeopatía y terapia floral.

TESIS EN OPCIÓN AL GRADO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
MEDICINA GENERAL INTEGRAL.

CIEGO DE ÁVILA

2015

PENSAMIENTO

“La vida no tiene que ser fácil para ser maravillosa. De hecho, la vida fácil es el camino más corto hacia la monotonía. El trabajo debe concebirse en todo momento como un medio de realización personal, aún en los años de vejez. La persona retirada debe conservar siempre el derecho a ser útil y a serlo con dignidad. Cada individuo debe descubrir a tiempo sus capacidades y limitaciones”

DEDICATORIA

A mi hija Flavia que está por nacer.

A mis padres y a mi esposo.

A toda mi familia.

AGRADECIMIENTOS

A todos los **maestros** que he tenido durante mi vida, pues cada uno ha contribuido a mi formación como médico y, de diversas maneras, despertaron mi interés por las ciencias, muy especialmente a la Dra. Norma Pérez Callejas, quien ha sido mi tutora y es un digno ejemplo para las nuevas generaciones de médicos.

A mi esposo que me ha ofrecido su ayuda incondicionalmente y me han apoyado de las más disímiles maneras.

A todas las personas que me han ayudado en la realización de esta investigación, y sobre todo a los buenos amigos que me han brindado su aporte espiritual e intelectual. Con exclusivo respeto a la Dra. María Del Rosario Hernández Fabelo.

A todos... ¡**Muchas Gracias!**

RESUMEN

Cuba es un país donde nacen pocos niños y la proporción de personas de 60 años y más experimenta un crecimiento progresivo. El MINSAP ha desarrollado un Programa de Atención Integral al Adulto Mayor cuyo propósito es contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor, mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación. Una de las formas que tenemos para cumplir estos objetivos del Programa es la utilización, de forma preventiva de la Medicina Natural y Tradicional (MNT) en la población mayor de 60 años. Con el objetivo de Evaluar el impacto de la administración de Prevenox sobre la calidad de vida del paciente geriátrico , se diseñó un estudio pre-experimental del tipo comparativo antes y después, prospectivo, con una duración de cuatro meses a partir de septiembre del 2014 y hasta diciembre de ese año. Se evaluaron 76 pacientes a través del cuestionario SF-36 antes de la administración de PREVENOX y a los 30 y 60 días después de administrado. Se obtuvieron ganancias de puntuación estadísticamente significativas en todas las dimensiones del mismo, siendo las más beneficiadas: función física (95 %IC:6.44-8.11), rol físico (95 %IC:11.2-14.1), dolor corporal (95 %IC:13.5-17.0),salud general (95 %IC:14.0-17.7) y vitalidad (95 %IC:19.5-24.6). Los mayores avances se consiguieron al término de los 60 días. Se concluye que la administración del suplemento Prevenox en pacientes adultos mayores mejora significativamente la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. No se reportaron reacciones adversas al Prevenox entre los pacientes incluidos en el estudio.

Índice

INTRODUCCIÓN-----	1
MARCO TEÓRICO-----	5
MATERIAL Y MÉTODO-----	18
RESULTADOS Y DISCUSIÓN-----	21
CONCLUSIONES-----	26
RECOMENDACIONES-----	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	28
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso que se lleva a cabo durante todo el tiempo que dure la existencia y por el cual atraviesan todos los seres humanos; es diferenciado de acuerdo con factores físicos, psicológicos, económicos y culturales específicos; es también multidimensional, iniciándose con el nacimiento y culminando con la vejez.¹

El envejecimiento de la población carece de precedentes y no tiene paralelos en la historia de la humanidad. El aumento de la población de 60 años y más va acompañado de un descenso en la población de 0-14, por lo que la tendencia al envejecimiento de la población es casi irreversible y es poco probable que vuelvan a darse las poblaciones jóvenes del pasado como consecuencia del proceso de transición demográfica que el mundo está viviendo, donde para el año 2050 se estima, según los cálculos de los demógrafos de las Naciones Unidas, que el número de personas de más de 60 años aumentará de 600 millones a casi 2 000 millones; esto significa que pasará de un 10 % a un 21%; antes de que pasen 50 años habrá en el mundo, por primera vez en la historia, más personas mayores de 60 años que menores de 15, mientras que en la actualidad 1 de cada 10 personas tiene más de 60 años; en el año 2050 la proporción será de 1 por cada 5. Se espera también que en un plazo no lejano la cifra de los que tiene ahora más de 60 años se quintuple.²

Cuba es un país donde nacen pocos niños y la proporción de personas de 60 años y más experimenta un crecimiento progresivo. Según las estadísticas, esta es una de las principales tendencias que distingue la dinámica demográfica de la sociedad cubana. Una realidad que hoy ubica a la Isla entre los países más envejecidos de América Latina y el Caribe, cuyo ritmo sostenido la convertirá, dentro unas dos décadas, en la nación con los índices más elevados de envejecimiento poblacional a nivel continental.³

Cuba cuenta con una organización de su sistema de salud que le permitirá enfrentar el envejecimiento poblacional sin tener que erogar cifras millonarias como ocurre en los países desarrollados. Tenemos medidas legislativas como el **Lineamiento 144 de la Política Económica y Social** que establece: “Brindar particular atención al

estudio e implementación de estrategias en todos los sectores de la sociedad para enfrentar los elevados niveles de envejecimiento de la población” además de los objetivos del MINSAP cuyo objetivo No. 6 del área de asistencia médica postula: Ejercer el control de las acciones que se realizan para garantizar la calidad de vida de la población adulto mayor y personas con discapacidad a través de la atención médica integral.⁴

El MINSAP ha desarrollado un Programa de Atención Integral al Adulto Mayor cuyo propósito es contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor, mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación, ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud Pública en coordinación con otros organismos y organizaciones del Estado involucrados en esa atención, teniendo como protagonistas a la familia, la comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas.⁵

Entre los objetivos de este Programa se encuentran : mejorar la salud de la población de 60 años y más, mediante el tratamiento preventivo, curativo y rehabilitador de este grupo y, prevenir o retardar la aparición de enfermedades.

Una de las formas que tenemos para cumplir estos objetivos del Programa es la utilización, de forma preventiva de la Medicina Natural y Tradicional (MNT) en la población mayor de 60 años. Nuestro país cuenta con una gran variedad de medicamentos de MNT de probada eficacia que pueden ser utilizados con carácter preventivo. Dentro de los medicamentos de MNT, de perfil antioxidante, disponibles en nuestras farmacias se encuentra el PREVENOX, elaborado por el Laboratorio Dalmer. Este medicamento es una mezcla de ácidos alifáticos primarios de alto peso molecular purificado de la cera de caña de azúcar. El PREVENOX ha mostrado producir efectos antioxidantes producidos por el aumento de la respuesta antioxidante del organismo, protege al organismo del estrés oxidativo, proceso promotor del envejecimiento y de los estados fisiopatológicos asociados, al proteger las partes lipídicas y proteicas de las lipoproteínas, de modo tal que confiere a estas moléculas una mayor resistencia a la oxidación. Los efectos

antioxidantes del PREVENOX han sido demostrados sobre diferentes órganos y tejidos. Consistente con esta acción, y teniendo en cuenta el papel de los lípidos oxidados en el desarrollo de la osteoporosis, el PREVENOX ha mostrado efectos beneficiosos sobre marcadores de este proceso.

El PREVENOX se recomienda como suplemento nutricional en la dieta diaria con el objetivo de reducir el impacto del estrés oxidativo que ocurre durante el envejecimiento sobre diferentes sistemas del organismo, principalmente orientado a personas de edad media y avanzada, incluidas las mujeres postmenopáusicas. Los estudios de la toxicidad a corto y largo plazo del ingrediente activo del PREVENOX (toxicidad aguda, subcrónica, y crónica), y los estudios de genotoxicidad, toxicología de la fertilidad y la reproducción, y del potencial cancerígeno a largo plazo han mostrado ausencia de toxicidad asociada a su uso. Los estudios clínicos realizados han mostrado que el PREVENOX es seguro y bien tolerado. Se contraindica en el embarazo y la lactancia y no se debe administrar en edades pediátricas. Su dosis es de una o dos tabletas diarias consumidas en una sola toma, o distribuidas en dos tomas, ingeridas junto con las principales comidas.⁶

Durante nuestra práctica clínica en el consultorio # 15 perteneciente al policlínico centro nos llamó la atención el bajo índice de consumo de este medicamento por parte de los pacientes a quienes va destinado y, por otra parte, las buenas referencias que nos daban aquellos pacientes que si lo utilizaban. Ante estos hechos decidimos diseñar este estudio para evaluar la calidad de vida en pacientes geriátricos con el uso del PREVENOX.

Problema de investigación: Alta incidencia de pacientes geriátricos en el área Centro de la Provincia Ciego de Ávila.

Hipótesis.

La administración de Prevenox en el paciente geriátrico pudiera mejorar su calidad de vida.

Novedad del tema: Es la primera vez que se realiza un estudio de este tipo en la Provincia. No existen trabajos publicados en Cuba donde se evalúe el impacto de la administración de Prevenox en la calidad de vida del paciente geriátrico.

Objetivo General

Evaluar el impacto de la administración de Prevenox sobre la calidad de vida del paciente geriátrico.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar la población según variables clínico-epidemiológicas
2. Evaluar la calidad de vida de los pacientes geriátricos antes y después de la administración de Prevenox.
3. Describir las reacciones adversas del medicamento.

MARCO TEÓRICO

A lo largo de la historia, el hombre se ha preocupado por el envejecimiento; los miembros más viejos de todas las sociedades han recibido siempre algún grado de atención, ya sea en sentido positivo o negativo. En la antigüedad, los chinos consideraban el envejecer como un gran honor y Confucio establecía una correlación positiva entre la edad de la persona y el grado de respeto hacia ella. Los egipcios, por el contrario, odiaban envejecer y desarrollaron pociones y técnicas para evitarlo. En Grecia existían opiniones divididas: Platón promocionaba a los ancianos como mejores líderes (gerontocracia), mientras que Aristóteles lo negaba; los Dioses del Olimpo tampoco amaban a los ancianos.⁷

Para los griegos adoradores de la belleza, la vejez con su deterioro inevitable, no podía menos que significar una ofensa al espíritu, motivo de mofa en sus comedias y representaciones teatrales. En la época del Imperio Romano, en los países conquistados por este, a los primeros que mataban eran a los ancianos y enfermos por considerarlos una carga. Conocidos son también, durante la conquista de América, los intentos de Ponce de León por encontrar la Fuente de la Juventud en la Florida, lugar donde encontró la muerte a manos de los nativos.^{7,8}

Conforme han existido todas estas opiniones, también hay varias definiciones del envejecimiento como proceso complejo en el que inciden factores genéticos y medioambientales, que se deben enfrentar desde diferentes aristas, como son: aspectos biológicos, psicológicos y modelo social, esencia filosófica de la vida humana, por lo que una definición que abarque todos estos aspectos resulta en extremo difícil de enunciar. La gerontología biológica define el envejecimiento como sigue:⁹

“El envejecimiento se caracteriza por una insuficiencia para mantener la homeostasis bajo condiciones de estrés y esta insuficiencia está asociada con una disminución en la vitalidad y un incremento en la vulnerabilidad del individuo”

El descenso de la calidad biológica que se produce con el envejecimiento aparece cuando la resistencia genómica es progresivamente vencida por la influencia del

medio ambiente. Hablando en términos de equilibrio de fuerzas, la agresión ambiental supera cada vez más la capacidad de resistencia del genoma, con detrimento de la vitalidad.

El estudio del proceso de envejecimiento, por tanto, debe enfrentarse desde los siguientes puntos de vista:¹⁰

- 1) Cronológico: tiempo transcurrido desde el nacimiento. Existe relación entre la cronología y el modelo social de envejecimiento, en particular, con los acontecimientos de la vida.
- 2) Biológico: es diferencial, atañe a órganos y funciones. Es multiforme porque ocurre a nivel molecular, celular, tisular y orgánico.
- 3) Psíquico: Involucra tanto la esfera cognitiva como la afectiva. Tiene relación con la capacidad de adaptación a las pérdidas, en particular a la jubilación y al duelo.
- 4) Social: de importancia capital, papel que se desempeña en la sociedad, garantiza la libertad y el prestigio individual.
- 5) Fenomenológico: sentimiento de haber cambiado con la edad la vez que se permanece en lo esencial.
- 6) Funcional: resultado de la interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales.

Otras definiciones de envejecimiento que se encuentran con frecuencia en los textos son:

Modificaciones morfológicas, bioquímicas, fisiológicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos (O. Prieto)¹¹

El envejecimiento es un proceso dinámico y continuo de la materia en función del tiempo, en el cual determinadas manifestaciones externas traducen cambios internos. Es un proceso universal y natural, no solo del hombre. En el humano es un proceso irreversible. (A. Espinosa)¹²

El envejecimiento no es solo un proceso físico, envejecer también provoca alteraciones psíquicas y sociales, por lo que este proceso está sujeto a la interacción entre el hombre y el medio donde este se desarrolla.(A. Miranda)¹³

El envejecimiento es un deterioro progresivo de las funciones orgánicas del adulto, el cual disminuye su capacidad de adaptación en un ambiente dinámico y termina finalmente con la muerte.¹⁴

El hombre envejece en un contexto social y a determinadas edades, que pueden dividirse por etapas, se alcanzan determinados estados sociales y esto constituye lo que se ha llamado modelo social de envejecimiento

Al parecer, después de haber cumplido las metas principales de la especie, como son el crecimiento y la reproducción, influyen factores extrínsecos para limitar el proceso de desarrollo y la longevidad máxima potencial. Estos factores son: los cambios ambientales, la nutrición, el estilo de vida y las enfermedades. Por tanto, en la vida del ser humano se distinguen dos periodos: el primero se representa con una vitalidad ascendente, hasta alcanzar un máximo que expresa la optimización biológica. El segundo muestra dos posibilidades: una donde la optimización biológica alcanzada permanezca hasta la muerte del individuo (envejecimiento o longevidad satisfactoria) y otra donde ocurre un declive biológico paulatino hasta la muerte en una edad menor a la máxima potencial, que es de alrededor de 120 años.¹⁵

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas ancianas pueden dividirse en tres categorías:^{14,15}

1. Los viejos jóvenes (*youngold*): de 60 a 75 años.
2. Los viejos(*old*): de 75 a 90 años.
3. Los muy viejos (*oldestold*): más de 90 años.

Las nociones de tercera y cuarta edad se basan en consideraciones socioeconómicas. La tercera edad corresponde al retiro(entre 60 y 65 años), la

cuarta edad comienza cuando la persona pierde la independencia y la autonomía, sobreviene alrededor de los 75-80 años.¹⁶

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad y es necesario diferenciar el envejecimiento “normal” o fisiológico del patológico. En el envejecimiento fisiológico existe un sincronismo de los cambios ocasionados por el proceso en todos los órganos, es un proceso armónico. Este envejecimiento normal ha sido subclasificado en dos categorías: el usual, que se acompaña de pérdidas de funciones típicas no patológicas, y el satisfactorio, donde la declinación fisiológica es mínima o ausente. En términos clínicos el envejecimiento satisfactorio incluye tres componentes: un bajo riesgo de enfermedad y discapacidad, un nivel alto de funcionamiento físico y mental, y una satisfacción activa con la vida.¹⁷

Por su parte, el envejecimiento patológico no es un proceso armónico en el que las pérdidas fisiológicas son mayores en unos órganos que en otros y esto ha sido atribuido a los efectos modificadores de variables extrínsecas como el estilo de vida y los hábitos tóxicos.¹⁸ En el envejecimiento patológico no existe correspondencia entre la edad cronológica y la edad biológica. La primera representa los años vividos por la persona y la segunda el grado de desgaste de sus tejidos y órganos por la edad.¹⁹ Algunos autores plantean que, para medir el bienestar y la fragilidad de las personas, hay que comparar el número de síntomas y signos, referidos como déficit, entre individuos con igual edad cronológica.²⁰

Por otra parte, el envejecimiento poblacional es un fenómeno que ocurre a nivel mundial, pero en mayor grado en los países desarrollados donde provoca un incremento en el número y proporción de personas ancianas. Esta transición demográfica está determinada por los eventos siguientes:²¹

- Disminución significativa de la mortalidad general por disminución de las tasas de mortalidad infantil, mejoramiento de las condiciones higiénicas, sanitarias y nutricionales y el control de las enfermedades transmisibles. Como consecuencia aumenta la expectativa de vida de las personas.

- Declinación de la tasa de fertilidad, lo que disminuye el número de personas jóvenes y aumenta la proporción de ancianos.

Otro factor que aumenta el envejecimiento es la migración internacional, cuyas repercusiones dependen de la magnitud y continuidad de las corrientes y del momento histórico en el que ocurren.

En el año 1975 habían en el mundo 350 millones de ancianos, cifra que aumentó a 600 millones en el año 2000 y casi se volverá a duplicar en el 2025, cuando habrá 1100 millones. En la región de América Latina y el Caribe el número de personas mayores de 60 años alcanzaron los 42 millones (1 de cada 12 habitantes), cifra que se elevará a 100 millones en el 2025 (1 de cada 8 habitantes). El segmento de la población de más rápido crecimiento es el de los 80 años y más. En los próximos 40 años , el tamaño de este grupo duplicará al de 60 años y más; y si en 1990 representaba el 1 % de la población mundial, para el 2025 alcanzará el 9 %, grupo que demandará mayor atención por problemas de salud, porque son más dependientes y presentarán mayores problemas sociales y económicos.¹⁹⁻²¹

El envejecimiento poblacional también es genérico. Las mujeres viven más que los hombres. Estudios experimentales sugieren que las diferencias entre los sexos se debe a un mayor estrés oxidativo en los machos con un efecto protector de los estrógenos en las hembras.^{15,19,21}

Los cambios demográficos con incremento de personas ancianas generan importantes cambios en los procesos sociales y de salud, en especial en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y uso de servicios de la salud.²² Además, gravita en lo económico sobre los países al incrementarse los requerimientos de seguridad y asistencia social, a la vez que disminuye la población económicamente activa (PEA) y los recursos laborales.

El Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) clasifica a los países “envejecidos” de la región según los rangos siguientes:²³

- Grupo de envejecimiento I (GEI): menos del 10 % de la población con 60 años y más respecto al total.
- Grupo de envejecimiento II (GEII): entre el 10 y 15 % de la población con 60 años y más respecto al total.
- Grupo de envejecimiento III (GEIII): más del 15 % de la población con 60 años y más respecto al total.

Cuba es un país con vejez demográfica clasificado como GEIII con un 15,8 % de población anciana, cifra que aumentará a 23,4 % en el 2025. En el periodo 2005-2007, la esperanza de vida geriátrica para los cubanos era de 22,09 años. Se espera que en el 2025 la edad media de la PEA se incremente notablemente para llegar a situarse cerca de los 42 años.²⁴

Las provincias más envejecidas de Cuba son Villa Clara , La Habana y Matanzas, en ese orden. Nuestra provincia, Ciego de Ávila, tiene un 16,8 % de población de 60 años y más. En los países desarrollados, la población mayor de 65 años representa el 15% y los mayores de 80 años suponen el 3% de la población occidental.²⁵

Ahora bien, ¿Estamos prolongando una vejez desagradable o conseguiremos asegurar una buena calidad de vida durante más tiempo?, ¿Estamos prolongando la vida o la agonía?

Los objetivos de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las personas mayores son:

1. Reducción de la mortalidad prematura producida por las enfermedades agudas y crónicas.
2. Mantener la independencia funcional tanto tiempo como sea posible.
3. Aumentar la esperanza de vida activa.
4. Mejorar la calidad de vida

El concepto de calidad de vida (CV) se refiere al conjunto de condiciones necesarias para poder llevar a cabo el proyecto personal de una vida íntegramente

humana. Toda valoración de la CV debe partir de lo que la propia persona considera que hace “buena” su propia vida. Estos valores, preferencias y deseos convierten la CV en algo, en primera instancia, subjetivo. Esta valoración es compleja y multidimensional, y abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales, económicos, ambientales, etc.²⁶

La OMS concibe la CV como "la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones".²⁷

Concepto y valoración de la calidad de vida.

Calidad de vida es un concepto relativamente reciente. Deriva de la teoría de la “calidad de materiales”, que comenzó a ser elaborada en las primeras décadas del siglo recién pasado. En la década de los 80 se aplica esta expresión en el campo de la salud, al principio en un sentido puramente biológico.²⁸

Es en el ámbito de las ciencias biomédicas donde su empleo ha alcanzado la máxima repercusión, emergiendo como un concepto ligado a la visión de la salud como el total bienestar físico, mental y social. Su desarrollo implica el reconocimiento de que los indicadores tradicionales de salud, como los índices de morbilidad o de expectativa de vida, no son suficientes a la hora de considerar la salud de un determinado grupo humano.^{26,27}

La CV es un concepto multidimensional configurado por una amplia gama de condiciones tanto socio-ambientales como personales, relacionados con la satisfacción con la vida, el bienestar físico, mental y social, y la capacidad para realizar las actividades cotidianas. Estas condiciones se pueden considerar tanto desde una perspectiva subjetiva como objetiva.^{27,28}

Por tanto, la CV resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio-psicológica, cultural y política) que

interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traducándose en sentimientos positivos o negativos.²⁹

Por otro lado se ha comprobado que la CV se encuentra estrechamente relacionada con la participación social. En este sentido se la entiende como "la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en relación con las cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad".³⁰

La CV sería desde esta perspectiva un constructo caracterizado por: subjetividad, multidimensionalidad y presencia de dimensiones positivas y negativas. El envejecimiento está directamente relacionado con la manera como la persona satisface sus necesidades a través de todo el ciclo vital. En la actualidad estamos asistiendo a "un nuevo colectivo de adulto mayor": un número creciente de personas que cada vez están alcanzando edades más avanzadas en mejor estado de salud, con mayor lucidez y energía suficientes como para optar a otras actividades por un período más prolongado de su vida. Esto, sumado a que cada vez tienen más claros sus derechos reivindicativos los lleva a plantearse nuevos desafíos aspiraciones, oportunidades y a una reflexión profunda e integral respecto a cómo deben mantener su percepción en la calidad de vida.³¹

Por tanto, la vida a la que aspira el hombre no es vivir de cualquier modo, sino una vida de calidad que ha de ir en la línea de satisfacción de las metas biopsicológicas, pero dentro de una integración comunitaria y cultural.

En suma, el concepto CV posee las siguientes características :

1. Una buena salud física y psíquica, con los elementos necesarios que le permitan al individuo no estar preocupado por su bienestar.

2. Un status socioeconómico y laboral que le permita un excelente nexo con la comunidad circundante.
3. Posibilidad efectiva de acceso a las fuentes de la cultura y a los bienes y servicios de la sociedad a la que pertenece.
4. Reconocimiento por parte de los demás de sus derechos, valores y cualidades que le permitan un buen nivel de autoestima.
5. Un entorno ecológico-ambiental sano y limpio de contaminantes que le facilite una vida feliz, dentro de un desarrollo sostenible.
6. Sentido de pertenencia a una sociedad justa, con solidez y seguridad jurídica, en la que pueda participar y ser reconocido como ciudadano de derechos y libertades.

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

En lo que afecta al cuidado de la salud, el concepto de CV se ha aplicado de forma específica para aquellas preocupaciones vitales que se afectan más por la salud o la enfermedad. De ahí que se utilice un nuevo concepto: calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que se define como el “impacto sobre el bienestar físico, emocional y social de una enfermedad médica y su tratamiento”.³² La CVRS representa una estimación subjetiva del impacto de la enfermedad y su tratamiento, de forma que distintos sujetos, en apariencia con el mismo estado de salud objetiva, pueden apreciar una CV muy diferente debido a las diferencias personales y únicas en sus expectativas y talento o capacidad para enfrentarse a la situación. Por tanto, la CVRS debe medirse desde la perspectiva individual más que desde el punto de vista de los observadores (hijos, cuidadores, profesionales de la salud, etc), complementando así a las medidas habitualmente utilizadas en la evaluación geriátrica integral.³³ La multidimensionalidad es otro importante componente de esta definición. La CVRS comprende muchas dimensiones, las comúnmente aceptadas son siete :

- 1.El bienestar físico: la experiencia con los síntomas físicos, como el dolor o la disnea.
2. El bienestar funcional: la capacidad de participar en las actividades de ocio o relación, el cuidado doméstico, o el autocuidado.
3. El bienestar emocional: comprende tanto los aspectos emocionales positivos (por ej. felicidad, paz interior) como los negativos (tristeza, ansiedad, etc.).
4. El bienestar familiar: la capacidad de mantener las relaciones familiares y la comunicación.
5. El funcionamiento social. La capacidad para participar en actividades y desempeñar un papel social.
6. La satisfacción con el tratamiento.
7. La satisfacción con las relaciones sentimentales, sexualidad e intimidad.

Como una forma de mejorar la CV de los adultos mayores en los aspectos de la salud se recomienda :

1. Facilitarles la posibilidad de chequeos y análisis periódicos para detectar patologías y disfunciones precozmente, antes de que su desarrollo imposibilite una cura total o que sea el origen de la discapacidad.
2. Educar, concienciar y posibilitar a los adultos mayores una atención fisioterapéutica integral que mantenga su organismo activo, dentro de sus posibilidades, para evitar el deterioro de su sistema músculo-esquelético, la discapacidad, postración y dependencia.
3. Promover y prestar especial atención a los aspectos psicológicos y psiquiátricos de la salud de los adultos mayores, ya que por envejecimiento de su sistema nervioso, son propensos a enfermedades de carácter neurológico y degenerativo.
4. Potenciar y promover la educación en el área de la nutrición para así:

- Evitar muertes prematuras por patologías dependientes de una malnutrición.
- Evitar discapacidad física debido a pérdida de masa muscular (sarcopenia) y masa ósea (osteoporosis) por déficit de Ca, vit D y proteínas y discapacidad mental relacionada con déficit de nutrientes específicos (complejo B, piridoxina, folato).
- Controlar y manejar factores de riesgo relacionados con la dieta y estilos de vida que determinan muerte y discapacidad en los adultos mayores.

Una de las formas más efectivas que existen para evaluar la CVRS consiste en la aplicación del cuestionario SF-36.³⁴ El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.³⁵

Contenido del SF-36³⁶

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales

cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.

Hay 2 versiones del cuestionario en cuanto al período recordatorio: la «estándar» (4 semanas) y la «aguda» (1 semana). El cuestionario está dirigido a personas de ≥ 14 años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica. La consistencia interna no presentó diferencias entre los cuestionarios autoadministrados y los administrados mediante entrevista.

Las puntuaciones de 0 a 100 de las escalas del SF-36 han sido ampliamente utilizadas y gozan de popularidad por la traducción directa de sus máximo y mínimo a el mejor y el peor de los estados de salud posibles. Sin embargo, los autores proponen para las nuevas componentes sumario del SF-36 las puntuaciones basadas en normas, cuya principal ventaja es que los resultados son directamente interpretables respecto a la población de referencia. Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia.

Los estudios publicados sobre las características métricas de la versión española del SF-36 aportan suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad. Estos resultados son consistentes con el instrumento original, lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales. Por otra parte, es importante destacar que se trata del cuestionario genérico para la medida de la CVRS que goza de mayor vitalidad. Desde su

aparición en el inicio de la década de los noventa no ha cesado el diseño de nuevas herramientas de ayuda a la interpretación (valores de referencia poblacionales, valores sumario y diferencia mínima clínicamente relevante, entre otras), así como de nuevas versiones para solucionar algunos de los problemas detectados.

Limitaciones del SF-36³⁷

Es necesario señalar que el SF-36 no incluye algunos conceptos de salud importantes, como los trastornos del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la función sexual. Ello es especialmente relevante cuando se diseñan estudios en que los pacientes sufren enfermedades o efectos secundarios de tratamientos que pueden afectar a alguna de estas escalas o conceptos de salud.

Se han descrito problemas para su aplicación en personas mayores, especialmente en ancianos hospitalizados (elevado porcentaje de pacientes que no contestan el cuestionario o dejan preguntas en blanco)

En estudios con la versión española se han descrito problemas de cumplimentación, sobre todo en los grupos de edad avanzada, cuando se utilizó el formato de «matriz» para las opciones de respuesta. Por ello, para facilitar al máximo su cumplimentación, en estudios con muestras de individuos ancianos es aconsejable utilizar letra de mayor tamaño con las preguntas impresas, cada una seguida de sus opciones de respuesta correspondientes (es decir, sin formato «matriz»). Además, siempre que fuera posible se debería revisar la cumplimentación de los cuestionarios autoadministrados en presencia del paciente para evitar el problema de la no respuesta.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio pre-experimental del tipo comparativo antes y después, prospectivo, con una duración de cuatro meses a partir de septiembre del 2014 y hasta diciembre de ese año . El universo de estudio quedó conformado por todos los pacientes mayores de 60 años, de ambos sexos, controlados en ficha familiar y con historia clínica pertenecientes al consultorio # 15 del Policlínico Centro del municipio de Ciego de Ávila. A los pacientes se le aplicó un cuestionario ampliamente validado tanto en Cuba como internacionalmente que mide la calidad de vida en 8 dimensiones: función física, rol físico, rol social, dolor corporal, salud general, vitalidad, rol emocional y salud mental (SF-36)(Anexo 3 y 4)). Una vez medida la calidad de vida inicial se instruyó al paciente para consumir 1 tableta de Prevenox en almuerzo y otra en la comida durante sesenta días continuos. Se volvió a aplicar el cuestionario SF-36 a los 30 días y a los 60 días y se compararon los resultados obtenidos antes y después de la administración del Prevenox según las dimensiones que evalúa el cuestionario SF-36.

Definición del universo de estudio:

El universo estuvo constituido por la totalidad de los pacientes mayores de 60 años, de ambos sexos, controlados en ficha familiar y con historia clínica pertenecientes al

consultorio # 15 del Policlínico Centro del municipio de Ciego de Ávila. Se trabajó con todos los pacientes del universo que cumplieron con los criterios de inclusión

Criterios de inclusión

1. Pacientes de ambos sexos mayores de 60 años.
2. Pacientes que aceptaron incluirse en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con enfermedades crónicas no compensadas.
2. Pacientes con posoperatorio inmediato de cualquier especialidad.
3. Sujetos con cualquier otra condición especial que a criterio del médico ponga en riesgo su salud y su vida durante el estudio.

Criterios de salida:

1. Pacientes que decidieron no continuar en el estudio.
2. Pacientes que se trasladaron de domicilio a otra localidad fuera del alcance del radio de acción.
3. Pacientes que presentaron intolerancia al medicamento.

Métodos de obtención de información

La información se obtuvo directamente de los pacientes visitados en sus hogares utilizando un formulario diseñado para el estudio. (Anexo 2)

Operacionalización de las Variables.

Variable	Clasificación	Descripción	Escala	Indicador
Edad	Cuantitativa Continua	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	60 – 69 70 – 79 80 y más	Números y promedio
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Género o cualidad sexual con la que se	Femenino Masculino	Números y porcentos

		nace		
Color de la piel	Cualitativa Nominal Politómica	Tono cromático de la piel	Blanco Negro Mestizo	Números y porcientos
Calidad de vida*	Cualitativa Nominal Politómica	Combinación de factores objetivos y subjetivos que incluye bienestar físico , mental y social y capacidad para realizar las actividades cotidianas	Buena:71-100 Regular:41-70 Mala:0-40	Números y porcientos

* Se calcularon las puntuaciones de cada dimensión del formulario SF-36 con el método Rand que pondera cada respuesta de las preguntas en una escala de 0-25-50-75-100.

Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar.

Se elaboró un fichero de datos con la utilización del programa Microsoft Excel, previo al procesamiento de los mismos y la obtención de los resultados a través del programa de análisis estadístico EPIDAT 3.1 (Xunta de Galicia/OPS)

Las variables cualitativas del formulario SF-36 se convirtieron en cuantitativas aplicando el método Rand.

Para el análisis de las dos muestras relacionadas se utilizó la técnica estadística de comparación de medias donde se utilizan los métodos de inferencia para una sola muestra y se aplican sobre los valores resultantes de formar las diferencias de pares de valores de las dos muestras. Se trabajó con un nivel de significación de $p \leq 0,05$.

Aspectos éticos

En el desarrollo de esta investigación se mantuvo como premisa respetar los principios bioéticos implícitos en los estudios con seres humanos. Toda la información se obtuvo a través de preguntas por lo que no fue necesario acudir a procedimientos o maniobras que pudieran provocar daño físico o psíquico en las personas entrevistadas. Se pidió a todos los pacientes seleccionados su consentimiento para la entrevista (anexo1). Se explicó el carácter voluntario de declarar aquellos aspectos que no dañen su dignidad. Se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión de participar o no en la investigación, por lo que cada paciente leyó, en presencia del investigador, la información necesaria sobre el estudio, y posteriormente ambos firmaron el acta de consentimiento informado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se trabajó con un total de 84 pacientes. Seis pacientes cumplieron los criterios de exclusión y dos con los criterios de salida de la investigación, por lo que el estudio se aplicó completamente a 76 pacientes.

La tabla 1 muestra la distribución por edad y sexo del grupo de pacientes estudiados. Los pacientes del sexo femenino fueron preponderantes, reflejando indirectamente la mayor esperanza de vida que tienen las féminas en nuestro país y en total correspondencia con la pirámide poblacional del área de atención del consultorio # 15 perteneciente al Policlínico Centro.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según edad y sexo.

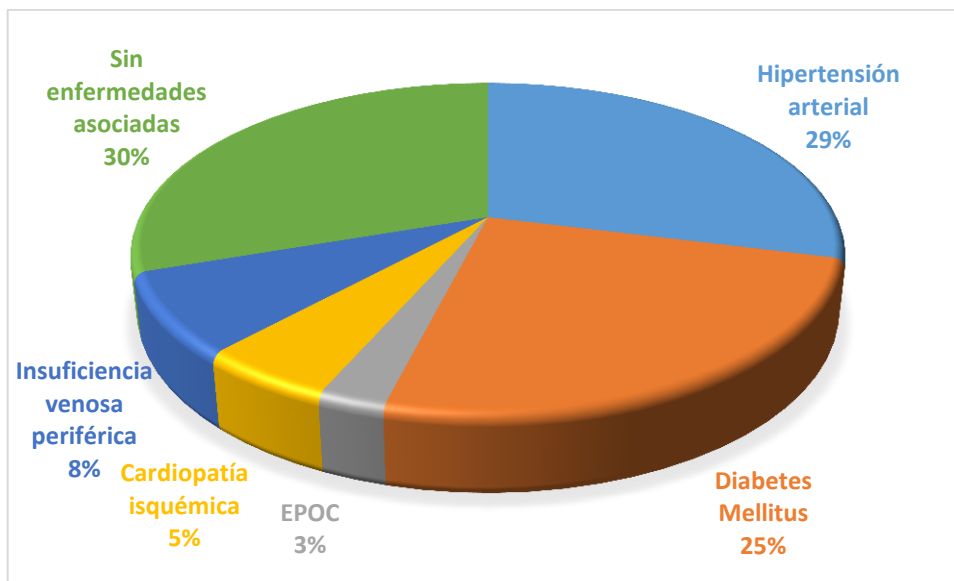
Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total
60-69	14	25	18	34.2	45
70-79	11	14.4	15	19.8	26
80 y más	7	2.7	11	3.9	5

Total	32	42.1	44	57.9	76
-------	----	------	----	------	----

En toda población de adultos mayores , el porciento de enfermedades asociadas alcanza entre el 30 al 60 %.³⁸ En la población estudiada las cifras se comportaron muy similares a las publicadas (Gráfico 1). La hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus fueron las enfermedades asociadas más frecuentes en los pacientes estudiados con un 29 % y 25 % respectivamente seguidas de un alarmante 8 % de insuficiencia venosa periférica que puede ser expresión consecuente de las dos anteriores. La CVRS disminuye si existen enfermedades crónicas asociadas. Cambaz y colaboradores compararon dos grupos de adultos mayores. Uno de los grupos estaba conformado por adultos mayores saludables y el otro por adultos mayores con enfermedades crónicas y concluyeron que los participantes con enfermedades crónicas poseían niveles de puntuación significativamente más bajos en todas las dimensiones del cuestionario SF-36 que los que no tenían enfermedades crónicas por lo que la presencia de estas enfermedades afectan directamente la calidad de vida de las personas que la padecen.³⁹

López Castro aplicó el cuestionario SF-36 a pacientes con insuficiencia cardíaca y lo comparó con las puntuaciones obtenidas de la población general , obteniendo como resultado una disminución de la puntuación en todas las dimensiones del SF-36 en los pacientes con insuficiencia cardíaca, puntuaciones que empeoraban a medida que aumentaba la clase funcional.⁴⁰

Gráfico 1. Enfermedades asociadas en los pacientes estudiados.



Las medidas de tendencia central de los puntajes obtenidos en las ocho dimensiones del cuestionario SF-36 aplicado antes de la administración del Prevenox reflejan cifras por encima de 50, traduciendo que la población estudiada posee niveles de calidad de vida considerados como buenos. Los mayores promedios se obtuvieron para las dimensiones de función física, rol emocional y salud mental mientras que los más deprimidos fueron la vitalidad y el rol físico (Tabla 2). Estos resultados concuerdan con un estudio realizado en Cuba sobre CVRS en pacientes con Diabetes Mellitus donde los autores encontraron que los puntajes más bajos se encontraban en la dimensión salud general y los valores más altos en las dimensiones función social y función física, con valores globales que mostraban que la población estudiada se encontraba entre una calidad de vida regular y buena.⁴¹

Otro estudio reciente, también cubano, evaluó la CVRS de la población urbana del país pero utilizando otra herramienta de medición : el EuroQol, cuestionario genérico que tiene validez y convergencia con el SF-36.⁴² La mayoría de los pacientes tenían las dimensiones de movilidad, autocuidado y actividades usuales preservadas concluyendo que la población cubana tiene alta CVRS y que este cuestionario es válido para describir este indicador en esta población.⁴³

Tabla 2. Medidas de tendencia central de los puntajes obtenidos en el SF-36 antes de la administración de Prevenox

	Función física	Rol físico	Rol social	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Rol emocional	Salud mental
Media	75.32	60.7	68.5	68.9	69.1	61.5	73.5	74.6
Mediana	75	62	70	69	67.5	62	74	75
Moda	75	62	74	68	69	62	74	74
Desviación estándar	8.7	11.2	10.3	9.3	22.4	8.7	6.8	12.0

Luego de la administración de Prevenox y aplicado el cuestionario SF-36 a los 30 y 60 días se obtuvieron ganancias de puntuación estadísticamente significativas en todas las dimensiones del mismo, siendo las más beneficiadas: función física (95 %IC:6.44-8.11), rol físico (95 %IC:11.2-14.1), dolor corporal (95 %IC:13.5-17.0), salud general (95 %IC:14.0-17.7) y vitalidad (95 %IC:19.5-24.6)(Tabla 3). Los mayores avances se consiguieron al término de los 60 días(Gráfico 2). Atribuimos el aumento del puntaje en las dimensiones que conforman el Componente de Salud Física del cuestionario SF-36 a la acción antioxidante del Prevenox, no siendo así para el Componente de Salud Mental. Una investigación publicada en la revista Labiofam sobre el efecto antioxidante del Vimang (extracto de corteza del árbol de mango) y su influencia en la CVRS mostró resultados similares a este estudio, siendo el dolor corporal la dimensión con más puntaje alcanzado.⁴⁴

Media	Función física	Rol físico	Rol social	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Rol emocional	Salud mental
-------	----------------	------------	------------	----------------	---------------	-----------	---------------	--------------

Preprueba	75.32	60.7	68.5	68.9	69.1	61.5	73.5	74.6
30 días	78	65	70.2	72.6	73.5	69.7	75.2	76
60 días	82.6	73.4	74	84.2	85	83.6	78.7	80.1
Comparación de medias* p(IC 95 %)	p=0.001 (IC:6.44-8.11)	p=0.001 (IC:11.2-14.1)	p=0.014 (IC:4.87-6.12)	p=0.001 (IC:13.5-17.0)	p=0.001 (IC:14.0-17.7)	p=0.001 (IC:19.5-24.6)	p=0.034 (IC:4.60-5.79)	p=0.030 (IC:4.8-6.1)

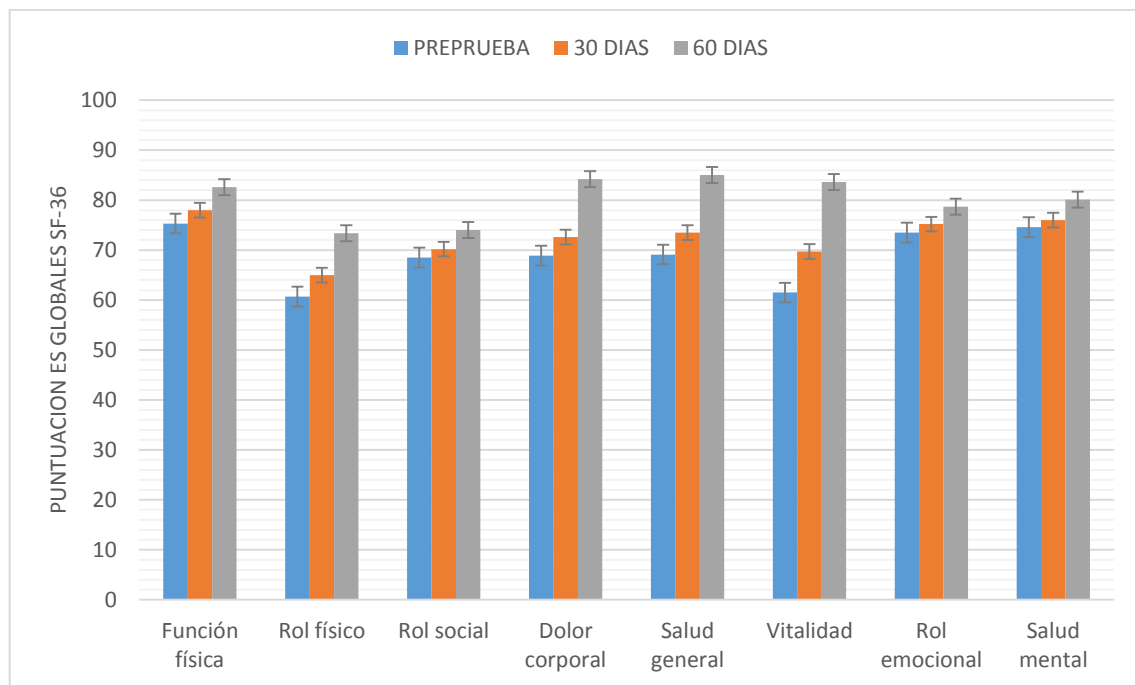
Tabla 3. Comparación de medias a los 30 y 60 días con respecto a los valores preprueba.

*prueba de comparación de medias para muestras emparejadas basada en la *t* de student

La literatura sobre la influencia de productos naturales antioxidantes en la CVRS es escasa. Un estudio chino que analizó la seguridad y eficacia del Ginkgo-Biloba sobre la calidad de vida y la función cognitiva no encontró elevación de las puntuaciones de ninguna de las dimensiones del cuestionario SF-36 después del consumo de esta sustancia natural por parte de los participantes. Tampoco hallaron modificaciones en la función cognitiva.⁴⁵

Un metaanálisis reciente publicado por Hua-Chen Jiao y colaboradores sobre la eficacia de la medicina herbaria china en la CVRS en pacientes hipertensos reveló que el uso de medicina verde mejoraba significativamente la CVRS en este tipo de paciente, pero que estos resultados deben interpretarse con cuidado dada la pobre calidad metodológica y la alta heterogenicidad clínica de los trabajos incluidos en el análisis.⁴⁶

Gráfico 2. Influencia de la administración de Prevenox sobre las dimensiones del cuestionario SF-36.



No se reportaron reacciones adversas al Prevenox entre los pacientes incluidos en el estudio, solo se observó que en los pacientes migrañosos la administración de este suplemento aumenta la frecuencia de las crisis migrañosas, no así su intensidad.

CONCLUSIONES

La administración del suplemento Prevenox en pacientes adultos mayores mejora significativamente la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. No se reportaron reacciones adversas al Prevenox entre los pacientes incluidos en el estudio.

RECOMENDACIONES

Se recomienda estimular a los pacientes adultos mayores para el consumo de Prevenox como forma de mejorar su Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud. Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2006.
2. Asesoría y Consultoría en discapacidad. Curso de servicios sociales para personas adulta mayores. La Habana: ASCODI; 2006.

3. Oficina Nacional de Estadística. Cuba en cifras 1995-2006. La Habana : ONE; 2007.
4. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la salud pública en Cuba para el 2015. La Habana: MINSAP; 2006.
5. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor: La Habana: MINSAP; 1997.
6. Sánchez O. Uso del Prevenox en la osteoartritis del adulto mayor. Rev Cub Med Nat Trad. 2010; 19(6): 23-6.
7. Álvarez Sintés R. Atención al adulto mayor. Temas de medicina General Integral t.1: 166- 201.
8. Anisimov VN. Investigación fundamental sobre el envejecimiento: del falso conocimiento a la verdadera ignorancia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013; 39(5): 320-28.
9. Alfonso García A. Caracterización de los contenidos sobre el adulto mayor en la formación del médico y especialista en medicina general integral. Educ. Med Sup [internet]. 2012[citado 14 dic 2012]; 24(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol_24_3_10/ems10310.htm
10. Carrasco García MR. Longevidad: Un reto actual de la sanidad. En: Usted puede lograr una buena longevidad. Habana: Científico Técnica; 2005. p.37-52.
11. Prieto O. Gerontología y geriatría. Breve resumen histórico. RESUMED.2012; 12 (2): 51-4.
12. Espinosa A, Quintana ML. Aspecto demográficos y epidemiológicos en el estudio de los ancianos. Rev Finlay. 2010; 15-26.
13. Miranda A, Hernández L, Rodríguez A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 [citado 3 Dic 2011];25(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Rodríguez A, Álvarez L, Quevedo Expósito K. Necesidades percibidas de atención de salud al adulto mayor desde una perspectiva de género. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009 [citado 3 Dic 2010];25(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

15. Envejecimiento, Políticas Públicas y Desarrollo en América Latina. Retos presentes y necesidades futuras. Experiencias de Países. El caso Cuba. Cuadernos de Estudio Población y Desarrollo. La Habana: Oficina Nacional de Estadística;2010.
16. Collazo M. Necesidades de atención en salud de la población de 60 años y más, desde las percepciones de directivos del sector salud. [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública. Revista Cubana de Salud Pública. 2013; 39(2) 323-330.
17. González E, Fernández J. Escenarios de la Población en Cuba para el periodo 2007-2035. Cuadernos de Estudio Población y Desarrollo. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas; 2008.
18. Morfi Samper R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev Cubana Enfermer.2011 [citado 3 Dic 2011];21(3):1. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Alonso Galbán P. Diagnóstico de fragilidad en adultos mayores de una comunidad urbana. Rev Cubana Salud Pública. 2009 [citado 3 Dic 2009];35(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M,Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 23 Sept 2010];33(1). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_1_07/spu10107.htm
21. Peláez M. La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2012;17(5/6):299-302.
22. Instituto Nacional de Seguridad Social. Resultados preliminares del estudio sobre el estilo de vida y redes de apoyo social del adulto mayor. La Habana : INASS; 2005.

23. Organización Mundial de la Salud. Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2012.
24. Barros Díaz O. Escenarios demográficos de la población cubana 2009-2050. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 2010.
25. Oficina Nacional de Estadística. Cuba en cifras 1995-2009. La Habana : ONE; 2009.
26. Vinaccia Alpi S, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud: [editorial]. Rev colomb cancerol. 2012;187-8.
27. Urzúa M A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales: [revisión]. Rev Med Chil. 2011;358-65.
28. Tuesca-Molina R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Salud UNINORTE. 2005;76-86.
29. Reich M, Remor E. Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: Caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. Psicooncologia. 2011;8(2/3):453-71.
30. Mello A de C, Engstrom EM, Alves LC. Health-related and socio-demographic factors associated with frailty in the elderly: a systematic literature review. Cad Saude Publica. 2014;1143-68.
31. Cicirelli VG. Relationship of psychosocial and background variables to older adults' end-of-life decisions. Psychol Aging. 2012; 12:72-83.
32. Cardona-Arias JA, Álvarez-Mendieta MI, Pastrana-Restrepo S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. Rev cienc salud. 2014;139-55.
33. Izadi S, Khomehvar A, Aram SS, Nozari AY. Social Support and Quality of Life of Elderly People admitted to Rehabilitation Centers. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2013;23(105):101-9.
34. Manterola D C, Urrutia V S, Otzen H T. Calidad de vida relacionada con la salud: instrumentos de medición para valoración de resultados en cirugía digestiva alta. Rev chil cir. 2014;274-82.

35. Shmueli A. The SF-36 profile and health-related quality of life: an interpretative analysis. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*. 2012;7(3):187-95.
36. Campolina AG, Ciconelli RM. O SF-36 E O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA. *Acta Reumatológica Portuguesa*. 2012;33(2):127-33.
37. Zhao L, Liu Z, He Y, Li N, Liu D. [Survey on the applicability of SF-36 version-2 (SF-36v2) in assessment quality of life among urban residents in Chengdu city]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi [Chinese Journal Of Preventive Medicine]*. 2014;48(5):370-4.
38. Mejía B de, Eugenia B, Merchán P, Eugenia M. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia promoció salud*. 2007;11-24.
39. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The Prevalence of Chronic Diseases and Quality of Life in Elderly People in Samsun. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2003;33(5):335-40.
40. López Castro J, Cid Conde L, Fernández Rodríguez V, Failde Garrido JM, Almazán Ortega R. Analysis of quality of life using the generic SF-36 questionnaire in patients with heart failure. *Revista De Calidad Asistencial: Órgano De La Sociedad Española De Calidad Asistencial*. 2013;28(6):355-60.
41. Hernández Romero Y , García-Viniegras RG, Jaimes García J, Saavedra de la Cruz A , Tápanes Domínguez A, Solares Herrera V. Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana* 2011, 8(3):367-70.
42. Castro PC, Driusso P, Oishi J. Convergent validity between SF-36 and WHOQOL-BREF in older adults. *Rev Saude Publica*. 2014;63-7.
43. Morel RJ, Roche RG, Sagué KA. Calidad de vida relativa a salud en la población urbana de Cuba. *MEDISAN*. 2013;17(6):920-7.
44. Guevara García M. Experiencias de la terapia antioxidante con Vimang en la atención primaria de Cuba. *Revista Labiofam*. 2009;(3): 68-72.

45. Carlson JJ, Farquhar JW, DiNucci E, Ausserer L, Zehnder J, Miller D, et al. Safety and Efficacy of a Ginkgo Biloba–Containing Dietary Supplement on Cognitive Function, Quality of Life, and Platelet Function in Healthy, Cognitively Intact Older Adults. *Journal of the American Dietetic Association*. 2007;107(3):422-32.
46. Jiao H-C, Ju J-Q, Li Y-L, Ma X-S, Jiang H-Q, Zhao J, et al. Efficacy of Chinese herbal medicine on health-related quality of life (SF-36) in hypertensive patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary Therapies In Medicine*. 2015;23(3):494-504.

ANEXOS

ANEXO 1. Planilla de consentimiento informado.

Yo: _____ me encuentro en completa disposición para formar parte de este proyecto de investigación. Afirmo que se me ha explicado la gran importancia que reviste dicho trabajo, y los grandes beneficios que puede reportar para mí como paciente. Se me ha garantizado que toda la información aportada por mí, será de naturaleza y carácter confidencial y para fines puramente investigativos. El aplicador de dicha encuesta me da el libre derecho

de interrumpir la investigación si lo considero necesario, sin que esto se convierta en un aspecto represivo contra mi persona.

Paciente: _____ Firma: _____

Dr. _____ Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha _____

Nombre y apellidos _____

Edad _____ Sexo _____ Color de la piel _____

Padece enfermedades crónicas? Si _____ No _____ Cuál? _____

Puntaje global SF-36 antes de consumir Prevenox _____

Dimensión	Puntaje
Función física	
Rol físico	
Dolor corporal	
Salud general	
Vitalidad	
Función social	
Rol emocional	
Salud mental	

Puntaje global SF-36 a los 30 días de consumo de Prevenox _____

Dimensión	Puntaje
Función física	
Rol físico	
Dolor corporal	
Salud general	
Vitalidad	
Función social	
Rol emocional	
Salud mental	

Puntaje global SF-36 a los 60 días de consumo de Prevenox _____

Dimensión	Puntaje
Función física	
Rol físico	
Dolor corporal	
Salud general	
Vitalidad	
Función social	
Rol emocional	
Salud mental	

ANEXO 3 .FORMULARIO SF-36. VERSIÓN EN ESPAÑOL

1.- En general, usted diría que su **salud** es:

1 ☐ Excelente

2 ☐ Muy buena

3 ☐ Buena

4 ☐ Regular

5 ☐ Mala

2.- ¿Cómo diría que es su **salud actual**, comparada con la de hace un año?

1 ☐ Mucho mejor ahora que hace un año

2 ☐ Algo mejor ahora que hace un año

3 ☐ Más o menos igual que hace un año

4 ☐ Algo peor ahora que hace un año

5 ☐ Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED
PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

4.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

5.- Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

6.- Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1☐ Sí, me limita mucho
- 2☐ Sí, me limita un poco
- 3☐ No, no me limita nada

7-Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1☐ Sí, me limita mucho
- 2☐ Sí, me limita un poco
- 3☐ No, no me limita nada

8-Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1☐ Sí, me limita mucho
- 2☐ Sí, me limita un poco
- 3☐ No, no me limita nada

9-Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1☐ Sí, me limita mucho
- 2☐ Sí, me limita un poco
- 3☐ No, no me limita nada

10-Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1☐ Sí, me limita mucho
- 2☐ Sí, me limita un poco
- 3☐ No, no me limita nada

11-Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1☐ Sí, me limita mucho
- 2☐ Sí, me limita un poco
- 3☐ No, no me limita nada

12-Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1☐ Sí, me limita mucho
- 2☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13-Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

14-Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

15-Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

16-Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

17-Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

18-Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

19-Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☐ no

20-Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 ☐ Nada

2 ☐ Un poco

3 ☐ Regular

4 ☐ Bastante

5 ☐ Mucho

21-¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 ☐ No, ninguno

2 ☐ Sí, muy poco

3 ☐ Sí, un poco

4 ☐ Sí, moderado

5 ☐ Sí, mucho

6 ☐ Sí, muchísimo

22-Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 ☐ Nada

2 ☐ Un poco

3 ☐ Regular

4 ☐ Bastante

5 ☐ Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de **vitalidad**?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

24-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy **nervioso**?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 7 ☐ Nunca

25-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan **bajo de moral** que nada podía animarle?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

26-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **calmado y tranquilo**?

- 1 ☐ Siempre

- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

27-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo **mucha energía**?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez

28-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo **mucha energía**?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

29-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **desanimado y triste**?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

30-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **agotado**?

- 1 ☐ Siempre

- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 7 ☐ Nunca

31-Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió **feliz**?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

32-Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió **cansado**?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

33-Durante las 4 últimas semanas, ¿ con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Algunas veces

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA **CADA UNA** DE LAS SIGUIENTES FRASES.

34-Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 ☐ Totalmente cierta
- 2 ☐ Bastante cierta
- 3 ☐ No lo sé
- 4 ☐ Bastante falsa
- 5 ☐ Totalmente falsa

35-Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 ☐ Totalmente cierta
- 2 ☐ Bastante cierta
- 3 ☐ No lo sé
- 4 ☐ Bastante falsa
- 5 ☐ Totalmente falsa

36-Mi salud es excelente.

- 1 ☐ Totalmente cierta
- 2 ☐ Bastante cierta
- 3 ☐ No lo sé
- 4 ☐ Bastante falsa
- 5 ☐ Totalmente falsa

ANEXO 4. Definición de las dimensiones del cuestionario SF-36.

Función física : Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos

Rol físico: Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

Dolor corporal: Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

Salud general: Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar

Vitalidad : Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

Función social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual

Rol emocional: Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo

Salud mental: Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

