

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Carrera de Medicina

Investigación Aplicada y Formulación de Proyectos

Trabajo Final de Carrera

Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Hipertensión Arterial
Title Health Related Quality of Life in Patients with Arterial Hypertension

Autores: *Gallardo M, Levin R.*

Resumen

Introducción: *En Argentina se estima que un 36.3% de la población padece hipertensión arterial (HTA). Generalmente ésta se haya relacionada con diversidad de factores que alteran la calidad de vida de los sujetos y que deterioran su salud, lo cual nos obliga como profesionales a establecer parámetros de cuidado, acordes a las necesidades del paciente y estimar su efecto, esperando este sea benéfico. El objetivo de este estudio es analizar el comportamiento de las dimensiones que componen la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en los pacientes con diagnóstico de HTA.* ***Material y métodos:*** *Estudio analítico, de corte transversal y cuantitativo. Se encuestó a 56 pacientes con hipertensión arterial que asisten a los consultorios externos de una institución privada de la CABA. Se usó el cuestionario SF-36.* ***Resultados:*** *Al analizar las 9 dimensiones que componen la Calidad de vida relacionada con la salud, se encontró que la dimensión función física fue la mejor percibida con un puntaje promedio de 82,5 (DE: 19,56), mientras, la peor percibida fue la dimensión Evolución declarada de la salud con una media de 55,71 (DE: 16,50).* ***Conclusión:*** *No hubo relación entre la adherencia al tratamiento y la CVRS. Sin embargo, el sexo, el estado civil y el nivel de estudios, mostraron influir sobre las dimensiones que componen la calidad de vida.*

Palabras Clave: *Hipertensión; Calidad de vida; Enfermedad crónica; Evaluación de resultados (Atención de salud); Atención ambulatoria.*

Abstract

Background: *In Argentina, it is, estimated that 36.3% of the population suffers from high blood pressure. Generally, this has been related to a variety of factors that alter the quality of life of the subjects and that deteriorate their health, which forces us as professionals to establish parameters of care, according to the needs of the patient and estimate their effect, hoping this is beneficial. . Aim of this study is to analyze the behavior of the dimensions that make up the Health-Related Quality of Life in patients with a diagnosis of hypertension.* ***Material and methods:*** *Analytical, cross-sectional, and quantitative study. Fifty-six patients, with high blood pressure who attended the medical offices of a private institution of the CABA, were surveyed. The SF-36 questionnaire was used.* ***Results:*** *When analyzing the 9 dimensions that make up the Quality of life related to health, it was found that the physical function dimension was the best perceived with an average score of 82.5 (SD: 19.56), while the worst perceived was the Declared evolution of health dimension with an average of 55.71 (SD: 16.50).* ***Conclusion****: There was no relationship between adherence to treatment and HRQL. However, sex, marital status and educational level, showed to influence the dimensions that make up the quality of life.*

Keywords: *Hypertension; Quality of life; chronic disease; Outcome Assessment (Health Care); Ambulatory Care*

Correspondencia:
Ricardo Levin
Ricardo.levin@uaisalud.com
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad Abierta Interamericana
Av. San Juan 951. C1147 AAH. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina
Tel.: 43002147 Int: 1142/1145

INTRODUCCIÓN

En la República Argentina de acuerdo con las cifras derivadas del estudio RENATA2 (Registro Nacional de Hipertensión Arterial) cuyo objetivo fue medir la prevalencia, el conocimiento y tratamiento de la hipertensión arterial en el país, de 5.931 individuos incluidos de 25 ciudades, la prevalencia de HTA fue del 36,3% (IC 95% 35,1-37,6); Además, se encontró que el 38,8% de los hipertensos desconocían su enfermedad [1].

Algunos trabajos han referido el impacto de la buena adherencia al tratamiento sobre el mejoramiento o

mantenimiento de la salud y la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial y, en consecuencia, su baja adherencia impacta negativamente sobre la salud de las personas, produciendo mayor deterioro físico [2,3,4,5,6].

La CVRS es un concepto subjetivo y multidimensional, que va más allá de la ausencia de enfermedad, y se encuentra asociada a otros factores [7,8]. *Debido a la multidimensionaldad de la CVRS, se han desarrollado diversidad de instrumentos que valoran este aspecto en personas con enfermedades determinadas, así como en la población general, pudiendo comparar el impacto de las distintas enfermedades en la CVRS como también la percepción de la calidad de vida de una población determinada* [9,10,11]. *Resulta relevante conocer cuáles son las áreas más deterioradas y generar intervenciones que mejoren la salud de los pacientes con HTA* [12].

El objetivo de este estudio es determinar el comportamiento de las dimensiones que componen la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en los pacientes con diagnóstico de HTA, atendidos en una institución prestadora de servicios de salud de carácter privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el primer trimestre del año 2020. Como también Identificar la relación entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo).

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio de tipo analítico, observacional, de corte transversal y con enfoque cuantitativo, evaluó pacientes con diagnóstico de HTA atendidos durante el primer trimestre del año 2020, en el servicio de consultorios externos del Hospital Universitario de la Universidad Abierta Interamericana (UAI) sito en calle Portela 2975, CABA.

Se incluyó pacientes entre 18 y 65 años de edad, con diagnóstico de hipertensión arterial y que este en tratamiento por HTA. Se excluyó a los sujetos que hayan sido internados en los últimos 30 días, embarazadas, personas con algún grado de discapacidad mental (demencia, Alzheimer, etc.) o motriz, o con dependencia parcial o total, pacientes que consultaban para realizarse chequeos pre quirúrgicos, pacientes con enfermedad de gravedad o que afecte significativamente su calidad de vida e hipertensos con mal control tensional o recién diagnosticados (menos de tres meses de diagnóstico).

La muestra poblacional estuvo conformada por 56 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos fueron recolectados en la sala de espera de los consultorios de consulta externa. Se solicitó a los pacientes su participación brindándole toda la información para tomar una decisión voluntaria y consciente de participar. Se les entregó el cuestionario SF-36 impreso y se lo solicitó antes de retirarse el sujeto. Los datos fueron codificados usando las iniciales de su primer nombre y apellido, y los últimos tres números de su DNI de modo de conservar el anonimato en el diligenciamiento del instrumento.

Instrumento para la recolección de datos:

Se utilizó el cuestionario SF-36 en su versión en español. Este ha sido utilizado en diversos estudios realizados en Argentina [13,14,15].

La modalidad de aplicación de este cuestionario permite que sea autoadministrado y responder el cuestionario toma entre 10 y 15 minutos siendo rápido y sencillo de responder.

Este instrumento está compuesto por 36 preguntas con entre 3 y 6 opciones de respuesta en escalas de tipo Likert. Presenta 8 dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental) y una pregunta que indaga sobre los cambios en la salud respecto al año anterior (transición de salud). Sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de la salud. Para cada dimensión, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global.

La definición operacional de las variables de interés es la siguiente:

- *Caracterización sociodemográfica: Son las características relacionadas con los aspectos sociales y demográficos que ejercen o presentan los sujetos al momento de la entrevista (edad, sexo, estado civil, tenencia de hijos, nivel educativo, etc.).*

- *Adherencia al tratamiento: Es definido como la toma la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito por el profesional de la salud. Además, se considera la persistencia, que es tomar la medicación a lo largo del tiempo del tratamiento indicado.*

- *Calidad de vida relacionada con la salud: nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud.*

- *Función física: Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, levantar o llevar objetos pesados, y los esfuerzos moderados e intensos.*

- *Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.*

- *Dolor corporal: La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.*

- *Salud general: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.*

- *Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.*

- *Función social: Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.*

- *Rol emocional: Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.*

- *Salud Mental: Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.*

- *Evolución declarada de la salud: Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.*

RESULTADOS

Caracterización de la muestra:

La muestra estuvo conformada por 56 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión planteados en la metodología. La edad promedio de la muestra fue de 54,4 años con edades comprendidas entre los 34 y los 65 años, y la mayoría fueron hombres (67,8%), con hijos (50,0%), solteros (39,2%), con formación secundaria y universitaria (30,3%), con trabajo (46,4%) y con 5,7 años de diagnóstico (mínimo 1 año y máximo 20 años). Se encontró una baja/mala adherencia al tratamiento en el 33,9% de los encuestados. Los datos completos se muestran en la Tabla I.

Tabla I. Caracterización sociodemográfica

Variable	Categorías	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Sexo	Hombre	38	67,85%
	Mujer	18	32,14%
Estado Civil	Soltero	22	39,28%
	Casado	18	32,14%
	Viudo	12	21,42%
	Divorciado	4	7,14%
	Unión Libre	0	0,00%
Hijos	Si	28	50,00%
	No	28	50,00%
Nivel de estudios	Primario	6	10,71%
	Secundario	17	30,35%
	Terciario	16	28,57%
	Universitario	17	30,35%
Trabajo	Si	26	46,42%
	No	30	53,57%
Total		56	100%

Fuente: Elaboración propia.

Calidad de vida relacionada con la salud

Los ítems y las escalas del cuestionario SF-36 están puntuadas de forma que, a mayor puntaje, mejor es el estado de salud, y se realiza un corte en el puntaje 50 de 100, para indicar mala calidad de vida (<50 puntos) y buena calidad de vida (>51 puntos). Para calcular los puntajes finales, los ítems y las escalas deben ser puntuadas siguiendo los siguientes pasos:

a) Recodificación de los ítems que ameritan ser recodificados.

b) Cálculo de las puntuaciones de las escalas sumando los ítems en la misma escala, lo cual nos da un puntaje crudo.

c) Transformación de las puntuaciones crudas de la escala a un índice que va entre 0 y 100

Al analizar las 9 dimensiones que componen la Calidad de vida relacionada con la salud, se encontró que la dimensión función física fue la mejor percibida con un puntaje promedio de 82,5 (DE: 19,56), mientras, la peor percibida fue la dimensión Evolución declarada de la salud con una media de 55,71 (DE: 16,50) (Tabla II).

Tabla II. Índice general Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Dimensión	media	DE	Mínimo	Máximo	IC95%
Función Física	82,50	19,56	30	100	77,26-87,73
Rol Físico	64,29	40,13	0	100	53,54-75,03
Dolor Corporal	63,46	24,41	22	100	56,92-69,99
Salud General	60,79	16,79	10	87	56,29-65,28
Vitalidad	60,00	20,00	10	90	54,64-65,35
Función Social	78,57	26,94	0	100	71,35-85,78
Rol Emocional	70,24	41,53	0	100	59,11-81,36
Salud Mental	63,57	16,19	20	88	59,23-67,90
Evolución de la salud	55,71	16,50	20	100	51,29-60,12

Fuente: Elaboración propia.

Análisis descriptivo de la CVRS

a) Dimensión Función Física: Se encontró que el área con menor limitación fue el levantar las bolsas de las compras con un 85,71% de los sujetos sin limitación y un 92,86% sin limitación al caminar 100 metros ni al bañarse o vestirse por sí mismo. El 17,86% experimentó limitación total al realizar esfuerzos intensos o al subir varios pisos por la escalera.

b) Dimensión Rol Físico: Se halló que el 25% de los encuestados refirió que durante las últimas 4 semanas siempre o casi siempre, tuvieron que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física, mientras, el 53,57% nunca tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidiana ni tuvo dificultades para realizar su trabajo durante las últimas 4 semanas.

c) Dimensión Rol Emocional: El 60,71% de los consultados en las últimas 4 semanas, nunca tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional, mientras, solo el 3,57% hizo menos de lo que hubiera querido hacer o hizo menos cuidadosamente sus actividades por algún problema emocional.

d) Dimensión Salud General: El 64,29% considera que su salud es buena y el 60,71% cree totalmente falsa la afirmación "creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas". El 3,57% considera que su salud va a empeorar y cree que se enferma más fácilmente que otras personas.

e) Dimensión Función Social: Se halló que el 53,57% durante las últimas 4 semanas nunca su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales y el 71,43% considera que su salud física o los problemas emocionales le han dificultado nada sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas.

f) Dimensión Vitalidad: El 35,71% nunca se sintió agotado y el 21,43% se sintió siempre con mucha energía en las últimas 4 semanas. El 35,71% se sintió algunas veces cansado. El 32,14% se sintió lleno de vitalidad casi siempre en el periodo de tiempo mencionado.

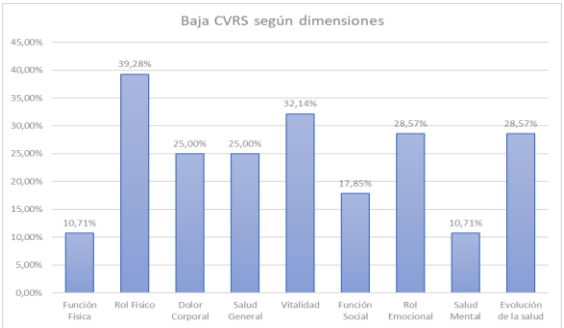
g) Dimensión Dolor Corporal: El 42,86% refirió durante las 4 últimas semanas no tener ninguna dificultad en su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas) debido al dolor. El 32,14% sintió dolor moderado en alguna parte del cuerpo en ese mismo periodo de tiempo.

h) Dimensión Salud Mental: El 28,57% sólo alguna vez se sintió muy nervioso, el 67,86% nunca se sintió tan bajo de moral que nada pudiera animarlo(a), y el 35,71% se sintió feliz siempre durante las últimas 4 semanas.

i) Dimensión Transición de salud: El 60,71% mencionó que su salud actual, comparada con la de hace un año se mantuvo más o menos igual. El 3,57% considera que está mucho peor ahora que hace un año.

Se analizó en cuales dimensiones la CVRS se encontrada más comprometida, para lo cual se dividió al grupo en aquellos con alta CVRS (puntajes >51 puntos) y con baja CVRS (puntajes <50 puntos) en las escalas que componen el instrumento. Se halló que la dimensión más comprometida en la muestra fue el Rol Físico con un 39,28% de la muestra con baja CVRS, mientras, solo el 10,71% mostraba una mala evaluación en las dimensiones Función Física y Salud Mental (Gráfico I).

Gráfico I. Baja CVRS según dimensiones



Fuente: Elaboración propia

Finalmente, se analizó el comportamiento de las dimensiones según las variables sociodemográficas. Se encontró que los hombres presentaron mejor evaluación de la CVRS en las dimensiones Función Física (93,68 vs 58,89, p: <0,0001), Salud General (63,68 vs 54,67, p: 0,0311) y Vitalidad (64,47 vs 50,56, p: 0,0047). El trabajo ni la tenencia de hijos mostraron influenciar la CVRS.

Según el estado civil, se encontró que en los divorciados hubo baja evaluación de la dimensión transición de salud (p: 0,0003), la Vitalidad fue menor en los casados (p: 0,0160) y el dolor corporal fue mejor evaluada en los divorciados (p: 0,0341). Relativo al nivel de estudios, la Salud Mental fue mejor percibida en quienes solo tenían estudios primarios (p: 0,0102) así como la Salud General (p: 0,0972) y el dolor corporal (p: 0,0354), y el Rol Emocional fue peor percibido en universitarios (p: 0,0371).

DISCUSIÓN

La Calidad de vida relacionada con la salud es influenciada por aspectos tanto objetivos como subjetivos en las personas, que incluyen desde el estatus socioeconómico hasta la percepción de la relación familiar.

Las enfermedades crónicas pueden afectar la funcionalidad de las personas cuando son mal manejadas o cuando aparecen trastornos asociados a esta (complicaciones). La hipertensión arterial, es una patología que, por las características propias de su tratamiento, evolución y el impacto sobre la funcionalidad física y de órganos diana como el cerebro o los riñones, tienen un potencial negativo sobre la percepción de la salud del sujeto.

Respondiendo a los objetivos del trabajo, se encontró que no hubo relación entre la adherencia al tratamiento y la CVRS. Sin embargo, el sexo, el estado civil y el nivel de estudios, mostraron influir sobre las dimensiones que componen la calidad de vida.

Al analizar las 9 dimensiones que componen la Calidad de vida relacionada con la salud, se encontró que la dimensión función física fue la mejor percibida con un puntaje promedio de 82,5 (DE: 19,56), mientras, la peor percibida fue la dimensión Evolución declarada de la salud con una media de 55,71 (DE: 16,50). Sin embargo, al dividir la muestra en dos grupos según el punto de corte en los puntajes finales de las escalas transformadas fue el Rol Físico la más afectada (39,28% con baja CVRS) y la Función física y la Salud Mental las menos afectadas con solo el 10,71% de los encuestados con puntajes <50 puntos.

El estudio presenta como limitación una baja muestra y las características de los pacientes pueden no ser similares a las de población de la región, teniendo en cuenta la cercanía del hospital con zonas como Villa Soldati y Lugano donde reside gran cantidad de población extranjera (peruanos y bolivianos) con estilos de vida (alimentación) y hábitos de salud (conductas de autocuidado) poco similares a los de la población argentina.

Finalmente, en el marco de la declaración de Pandemia emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS); y debido a la disposición del gobierno argentino de declarar el "aislamiento social, preventivo y obligatorio "en el mes de marzo, con el fin de prevenir la circulación y el contagio del virus COVID-19; se suspendió de manera temprana la recolección de los datos, minimizando la muestra que se había inicialmente proyectado.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delucchi A, Majul C, Vicario A, Cerezo G, Fábregues G. (2017) Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio RENATA 2. Rev Argent Cardiol. 85(4), 354-60.

2. Holguín L., Correa D., Arrivillaga M., Cáceres D., Varela M. (2006) Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia). 5(3), 535-547.

3. Herrera-Añazco P., Pacheco-Mendoza J., Valenzuela-Rodríguez G., Málaga G. (2017) Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. Rev. perú. med. exp. salud pública. 34(3), 497-594.

4. Herrera E. (2012) Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Av Enferm. 30(2), 67-75.

5. Pomares A., Vásquez M., Ruiz E. (2017) Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Rev Finlay. 7(2), 81-88.

6. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003) El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura [Internet]. [Consultado 2 Nov 2019]. Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/

7. Naughton M, Shumaker S, Anderson R, Czajkowski S. (1996) Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En: Quality of Life and Pharmaco economics in Clinical Trials. Spilker, B. Cap. 15, 117-131, New York, Lippincott-Raven.

8. Salinas P, Farias A, González X, Rodríguez C. (2017) Calidad de vida relacionada en salud: Concepto y evaluación en pacientes con Ventilación mecánica no invasiva. [Consultado 5 Nov 2019]. Disponible en: http://www.neumologia-pediatrica.cl/wp-content/uploads/2017/06/CalidadVida.pdf

9. Ware JE, Sherbourne CD. (1992) The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 30(6), 473-483.

10. Devlin N, Books R. (2017) EQ-5D and the EuroQol Group: Past, Present and Future. Devlin, N. J., & Brooks, R. (2017). EQ-5D and the EuroQol Group: Past, Present and Future. Applied Health Economics and Health Policy, 15(2), 127–137. doi: 10.1007/s40258-017-0310-5

11. Tarlov AR, Ware JE Jr, Greenfield S, Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M. (1989) The Medical Outcomes Study. An application of methods for

monitoring the results of medical care. JAMA. 262(7), 925-30. doi: 10.1001/jama.262.7.925

12. Organización Mundial de la Salud. (2015) Preguntas y respuestas sobre la hipertensión [Internet]. [Consultado 2 Nov 2019]. Disponible en: https://www.who.int/features/qa/82/es/

13. Augustovski F, Lewin G, Elorrio E, Rubinstein A. (2008) The Argentine–Spanish SF-36 Health Survey was successfully validated for local outcome research. J Clin Epidemiol. 61(12), 1279-1284.

14. Machnicki G, Allegri R, Ranalli C, Serrano C, Dillon C, Wyrwich K, Taragano F. (2009) Validity and Reliability of the SF-36 Administered to Caregivers of Patients with Alzheimer 's disease: Evidence from a South American Sample. Dementia. 28(3), 206-12.

15. Ware JE. Jr, Kosinski M, Dewey JE. (2002) How to score version 2 of the SF-36 Health Survey [Internet]. Lincoln RI: Quality Metric Incorporated. [Consultado 15 Nov 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/246394689_How_to_Score_Version_2_of_the_SF-36R_Health_Survey