

**POLICLINICO UNIVERSITARIO  
"OMAR RANEDO PUBILLONES"  
GUANTANAMO**

**CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON  
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.**

*Dra. Ernestina Amelia Colás Ballesteros<sup>1</sup>, Dra. Lianis Fiel Iglesias<sup>2</sup>, Dra. Iris Estévez Álvarez<sup>2</sup>, Dra. Mayelín Medina Fernández<sup>1</sup>, Dra. Olga María Blanco Bazzi<sup>3</sup>, Dra. Dianne Cano Írsola<sup>3</sup>, Dr. Roílder Romero Frómata.<sup>1</sup>*

**RESUMEN**

Se realiza un estudio descriptivo para caracterizar la calidad de vida de 100 pacientes con hipertensión arterial sistémica del Policlínico Universitario "Omar Ranedo Pubillones", durante el año 2004. Se evalúa la calidad de vida física a través del método de Rivera, la psíquica, mediante la prueba del completamiento de frases, la social, por el funcionamiento de la actividad laboral con los criterios de Rivera, y al integrar todas éstas, se evalúa su calidad de vida biopsicosocial. En esta última, se establece: estadio, estratificación del riesgo, tiempo de evolución, tratamiento y control de la afección. El 78 % de los hipertensos tuvo una calidad de vida física de nivel II, determinada principalmente por la farmacodependencia (88 %). El 12 % tuvo una calidad de vida psíquica de nivel III-IV, determinada en alto grado por las vivencias psíquicas actuales (34 %). La calidad de vida social se afectó en el 28 % de los hipertensos, de manera más importante por las deficiencias de la cooperación familiar (23 %). La calidad de vida biopsicosocial se deterioró en el 27 % de los pacientes, principalmente, por las modificaciones de la calidad de vida psíquica y social. Se concluyó que el grupo de riesgo, el tipo de tratamiento farmacológico, el tiempo de evolución y el control de la enfermedad determinan la calidad de vida de los pacientes. No así la edad, el sexo y el estadio de la hipertensión.

**Palabras clave: CALIDAD DE VIDA; HIPERTENSION.**

---

<sup>1</sup> *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Omar Ranedo Pubillones"*

<sup>2</sup> *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Mártires del 4 de Agosto"*

<sup>3</sup> *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico. "Mártires del 4 de Abril"*

## INTRODUCCION

La proyección de los índices de salud en América Latina determinan que las enfermedades de mayor prevalencia sean agrupadas entre las afecciones de carácter crónico y no transmisibles, entre las que con mayor frecuencia inciden las enfermedades cardiovasculares y aquellas derivadas del deterioro del medio ambiente y los estilos de vida; problemas de salud que muestran diferentes perfiles en dependencia de la capacidad del acceso del enfermo a una atención de salud integral y de alta calidad, dada la repercusión de éstas en la calidad de vida y el bienestar de los afectados.

Al caracterizar la calidad de vida se reconoce que los logros de la especie humana se han obtenido a expensas de elementos como el descanso físico, mental, reparador y creativo, de la recreación, la comunicación de la vida familiar, integradora y educativa y otros componentes que reconfortan el espíritu y le dan sentido a la vida.<sup>1</sup> En los últimos años, diferentes autores han propuesto y valorado métodos para evaluar la calidad de vida de individuos enfermos por determinadas patologías, lo cual ha tomado auge significativo en las publicaciones internacionales.<sup>2,3</sup>

La calidad de vida se define como un indicador del conjunto de cualidades que caracterizan el desarrollo y conservación del individuo, su bienestar físico, social y psíquico. Es una categoría que rebasa el marco de las condiciones de vida para reflejar la actividad útil, social y dinámica del individuo, grupo o clase social, su capacidad transformadora, su subjetividad e integridad de funciones. Implica una categoría que resulta el equilibrio entre la satisfacción o no de las necesidades básicas, tanto en el plano objetivo (posibilidad del desarrollo completo de la personalidad) como en el subjetivo (satisfacción de la vida y aspiraciones personales).

Los comentarios anteriores justifican la motivación mundial y creciente de diferentes autores por la descripción y evaluación de la calidad de vida de poblaciones determinadas; Esta tendencia también se observa en Cuba, donde el Ministerio de Salud Pública (MINSA) establece, entre sus directrices para incrementar la salud de la población, desarrollar investigaciones que enfatizen la calidad de vida. Ello ha motivado que emprendamos la realización de este estudio, dado el interés que para la medicina social tiene el control de los factores que limitan las oportunidades de lograr una salud integral de los ciudadanos.

## **METODO**

Se realizó un estudio con el objetivo de caracterizar la calidad de vida de 100 pacientes (n=100) diagnosticados con hipertensión arterial sistémica (HTA), pertenecientes al Policlínico Universitario "Omar Ranedo Pubillones" de Guantánamo, durante el año 2004.

El diagnóstico de hipertensión arterial se confirmó en cada paciente de acuerdo con los criterios establecidos por el Programa Nacional para la prevención, diagnóstico, evaluación y control de esta enfermedad, establecido por el MI NSAP en Cuba.<sup>4</sup>

Los pacientes objeto de investigación debieron satisfacer primeramente, los siguientes criterios:

- 1.- Pertenecer al área de salud "Omar Ranedo Pubillones" del municipio de Guantánamo.
- 2.- Estar dispensarizado bajo seguimiento y control médico por el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.
- 3.- Quedar confirmado el diagnóstico anterior por los propios autores.
- 4.- No tener ninguna enfermedad asociada que pudiera actuar como variable de confusión al determinar la calidad de vida del paciente.

Al momento de realizar la evaluación, el paciente debió satisfacer los siguientes requisitos:

1. Estar consciente, lúcido y mostrarse cooperativo, además, de ofrecer su consentimiento informado para participar en el estudio.
2. En su defecto, el familiar o persona responsable de la atención y vigilancia del paciente o aquella que guardase la más estrecha relación afectiva con él (conviviente, cónyuge, familiar de primer orden o que demuestre relación estrecha)

Además, de estar dispuesto a cooperar y de tener la posibilidad de comunicarse con los autores del trabajo cada vez que fuese necesario.

Los pacientes seleccionados fueron evaluados para establecer la calidad de vida física, psíquica, social y biopsicosocial.

Para evaluar la calidad de vida física se aplicó el método de Rivera Fernández<sup>2</sup>, el cual consiste en la evaluación de la comunicación oral, el control esfinteriano, los movimientos de precisión, la tolerancia al esfuerzo, la actividad laboral, así como la dependencia ambiental y la medicamentosa, para luego clasificar la puntuación global alcanzada en uno de los cuatro niveles existentes.

La evaluación de la calidad de vida psíquica se evaluó con la aplicación de la prueba (test) de completamiento de frases<sup>3</sup> (28 ítems) mediante la cual los pacientes expresaban sus verdaderos sentimientos, opiniones y necesidades. Dada una puntuación a cada una de las respuestas, se ubicaron en el nivel correspondiente (I, II, III).

Para evaluar la calidad de vida social se aplicaron las siguientes pruebas:

- 1.- Prueba de funcionamiento familiar de acuerdo con el método de cresta Freijomil. Ésta cuenta con siete categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad.
- 2.- Método de Rivera Fernández.<sup>2</sup>Se evalúa la incorporación y mantenimiento de la actividad laboral y social por parte del individuo.

Con los resultados obtenidos, se clasifican en los niveles I, II y III, los cuales significan:

Nivel I. Buena relación individuo-familia.

Nivel II. Aceptable relación individuo-familia.

Nivel III. Mala relación individuo-familia.

Una vez evaluados los indicadores de la calidad de vida física, psíquica y social, se integraron los resultados para la determinación de la biopsicosocial, se clasificó en:

Nivel I. Buena calidad de vida y presencia de equilibrio biopsicosocial. Se corresponde con una calidad de vida física normal.

Nivel II. Aceptable calidad de vida.

Nivel III. Mala calidad de vida y desequilibrio biopsicosocial.

## RESULTADOS Y DISCUSION

Al analizar la calidad de vida biopsicosocial y el estadio de hipertensión arterial (Tabla 1) se observa que la mayoría de los pacientes estudiados (85 %) se clasificaron en los estadios I y II, sólo el 15 % se clasificó en los estadios III y IV. No se precisa una relación directa entre el estadio de hipertensión y el nivel de calidad física pues la mayoría de los pacientes se clasificaron en el nivel II, independientemente del estadio de la enfermedad.

El estadio de la enfermedad tampoco se asoció con el nivel de calidad de vida biopsicosocial, resultados que pudiera relacionarse con el hecho de que la presión arterial es una variable dinámica y muy condicionada por el tiempo, de manera, que un enfermo puede ser clasificado en un momento dado en un estadio y en breve plazo de tiempo ser ubicado en otro.

En la Tabla 2 se relaciona el nivel de calidad de vida biopsicosocial con el grupo de hipertensión arterial. Hubo relación entre ambas variables, pues el mayor porcentaje de los hipertensos con deterioro de esta calidad de vida eran del grupo C. Estos resultados confirman la opinión de García Peña y sus colaboradores, que establecieron en su estudio que las variables más importantes asociadas con la mala calidad de vida fueron: el tiempo de evolución, las enfermedades asociadas y las complicaciones tardías de la enfermedad.<sup>4,5</sup>

En la Tabla 3 se muestra la relación entre el tiempo de evolución de la hipertensión arterial y el nivel de calidad de vida; se precisa que a medida que aumentó el tiempo de evolución de la enfermedad hipertensiva, se elevó el porcentaje de pacientes con nivel de calidad de vida física grado II, con calidad de vida social II y III o de calidad de vida biopsicosocial grado II, y que la mayoría de los hipertensos con más de 10 años de padecer la enfermedad, mostraron niveles de calidad diferentes al nivel óptimo para cada tipo de calidad de vida evaluada, particularmente, al analizar la calidad de vida física y social.<sup>3</sup>

En general, las características de la hipertensión arterial evaluadas (estadio, grupo de riesgo, tipo y tiempo de evolución de la hipertensión) incidieron en la calidad de vida física, principalmente, el grupo de riesgo y el tiempo de evolución de la hipertensión arterial, los que impactaron mayormente sobre la calidad de vida física y social, no así sobre la psíquica; dichos resultados son similares a los publicadas en otros estudios.<sup>5,3</sup>

En la Tabla 4 se refleja el impacto del tratamiento de la hipertensión arterial sobre la calidad de vida del enfermo; sólo el 10 % de los pacientes recibía tratamiento higiénico-dietético exclusivo. Entre los fármacos se emplearon principalmente los diuréticos, los anticálcicos, los bloqueadores centrales y los betabloqueadores. El porcentaje de pacientes con calidad de vida psicosocial normal fue superior en aquellos con tratamientos sin fármacos. La mayoría de los pacientes tratados con fármacos mostró disminución en la calidad de vida física.<sup>3,6,7</sup>

Estos resultados demuestran que el tratamiento con fármacos determina significativamente la calidad de vida del paciente hipertenso, particularmente la calidad de vida física y, en menor grado, el resto. Ello se debe a que el control de la hipertensión arterial requiere con frecuencia un tratamiento medicamentoso que determina una dependencia, lo que limita la calidad de vida física. Por otra parte, estos fármacos comúnmente provocan reacciones adversas que limitan la calidad de vida social y en la que, además, influyen las limitaciones que la hipertensión arterial impone a la competencia profesional e individual del paciente, y por consiguiente la calidad de vida psíquica y biopsicosocial.<sup>6-8</sup>

La Tabla 5 muestra la relación entre el control de la enfermedad hipertensiva sistémica y la calidad de vida del paciente. El 72 % de los pacientes se clasificaron como hipertensos controlados y el 28 % como no controlados, lo cual refleja la necesidad de continuar la labor para elevar el porcentaje de hipertensos controlados, pues éste resultó muy inferior al deseado según los criterios del MI NSAP.<sup>2</sup>

Este trabajo refleja la necesidad de emprender un estudio que identifique los factores determinantes de la magnitud de este problema, no sólo en la evolución de la hipertensión arterial, sino también en la calidad de vida.<sup>9</sup>

## **CONCLUSIONES**

1.- La mayoría de los pacientes objeto de estudio tuvo un nivel de calidad de vida física aceptable. En aquellos con ligera afectación, ello estuvo condicionado por la dependencia de fármacos.

2.- Las características de la hipertensión arterial que se relacionan con la calidad de vida del paciente fueron: el grupo de riesgo, el tiempo de evolución

de la enfermedad, el control y el tipo de tratamiento con fármacos; no resultó así el estadio de la hipertensión.

## **RECOMENDACIONES**

Emprender un plan de acción que permita precisar los factores determinantes del nivel de calidad de vida de la población estudiada para establecer bases (físicas, psíquicas y sociales) que justifiquen los programas de rehabilitación integral en la comunidad

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública: Objetivos, propósito y directrices para incrementar la salud de la población cubana para el 2000. ECIMED, Ciudad de la Habana 2000:12.
2. Rivera FR. Calidad de vida y consideraciones sobre la actualidad. Rev Med Int 2000; 27(6):10-4.
3. Lloret I, Muñoz J, Artigas V. Protocolos terapéuticos del servicio de urgencias. Barcelona: Ed Glaso 2001:417-32.
4. Campos CN. Calidad de vida en parientes con hipertensión arterial sistémica. Tesis Medicina General Integral, Guantánamo 2000.
5. Bustamante R, Sainz LB, Mejías ON. Nuevas modalidades de atención ambulatoria urbana. Organización panamericana de la salud. Costa Rica: Ed San José 2005:20.
6. Arnan JM. Medidas de contención del gasto farmacéutico e indicadores de calidad en el uso de los medicamentos: Prescribir menos o prescribir mejor. Aten prim 2001; 13(4):155-7.
7. Cruickhan KJM. The beta 1 hyperselectivity in beta bloker. Treatment J cardiovasc 2005; 5(1):835-46.
8. Veehof LI, Sheeling J. Polipharmacy in the eldeuy with chronic diseases: conflicting interest ned Tigdschr Geneesk 2002; 14(4):177-9.
9. Mclares CG, Zyzanskis SJ, Flocke SA. Factors associated with medication nomcomplicance in rural elderuy hypertensive patients. Am I Hipertens 2001; 8(2):206-9.

**TABLA 1. ESTADIO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL.**

CALIDAD DE VIDA	ESTADIO HIPERTENSION ARTERIAL			
	I - II		III – IV	
	No.	%	No.	%
<b>Física</b>				
Nivel I	21	24.7	1	6.7
Nivel II	74	75.3	14	93.3
<b>Psíquica</b>				
Nivel I	35	41.2	3	20.0
Nivel II	44	51.8	3	20.0
Nivel III	6	7.1	4	26.7
Nivel IV			2	13.3
<b>Social</b>				
Nivel I	64	75.3	8	53.3
Nivel II	18	21.2	4	26.7
Nivel III	3	3.5	3	20.0
<b>Biopsicosocial</b>				
Nivel I	66	77.7	7	45.5
Nivel II	3	16.5	4	26.7
Nivel III	5	5.8	4	26.7

**TABLA 2. ESTRATIFICACION DE RIESGO DE HIPERTENSION ARTERIAL.**

CALIDAD DE VIDA	GRUPO DE HIPERTENSION					
	GRUPO A		GRUPO B		GRUPO C	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Física</b>						
Nivel I	5	50.0	12	16.7	5	27.8
Nivel II	5	50.0	60	83.3	13	72.1
<b>Psíquica</b>						
Nivel I	7	70.0	29	40.3	2	11.1
Nivel II	2	2.0	38	52.8	10	55.6
Nivel III	1	1.0	5	6.9	4	22.2
Nivel IV					2	11.1
<b>Social</b>						
Nivel I	5	50.0	62	86.1	6	33.3
Nivel II	4	40.0	7	77.1	7	38.9
Nivel III	1	10.0	2	2.8	5	27.8
<b>Biopsicosocial</b>						
Nivel I	6	60.0	62	86.1	5	27.8
Nivel II	3	30.0	8	77.1	7	38.9
Nivel III	1	10.0	2	2.8	6	73.3

**TABLA 3. CALIDAD DE VIDA Y TIEMPO DE EVOLUCION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL.**

CALIDAD DE VIDA	5 AÑOS		6 AÑOS		10 AÑOS	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Física</b>						
Nivel I	14	38.9	6	18.8	2	6.2
Nivel II	20	61.1	26	81.2	30	93.8
<b>Psíquica</b>						
Nivel I	21	58.3	7	21.9	10	31.3
Nivel II	11	30.6	23	71.9	16	50.0
Nivel III	4	11.1	1	3.1	5	15.6
Nivel IV			1	3.1	1	3.1
<b>Social</b>						
Nivel I	32	88.9	23	71.9	17	53.1
Nivel II	3	8.3	7	21.9	12	37.5
Nivel III	1	2.8	2	6.2	3	9.4
<b>Biopsicosocial</b>						
Nivel I	31	86.1	22	68.8	19	59.4
Nivel II	34	11.1	6	18.8	8	25.0
Nivel III	1	2.8	3	9.4	5	15.6

**TABLA 4. CALIDAD DE VIDA Y TRATAMIENTO MEDICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL.**

CALIDAD DE VIDA	TRATAMIENTO MEDICO									
	NO MEDICAMENTOSO		MEDICAMENTOSO				BLOQUEADORES			
	HIGIENICO No.	DIETETTICO %	DIETETICO No.	%	BETABLOQUEADORES No.	%	ANTICALCICOS No.	%	CENTRALES No.	%
<b>Física</b>										
Nivel I	2	20.0	9	31.0	3	80.0	3	15.8	2	16.7
Nivel II	8	80.0	20	69.0	7	70.0	16	84.2	10	83.3
<b>Psíquica</b>										
Nivel I	2	20.0	6	20.7	6	60.0	14	73.7	1	8.4
Nivel II	7	70.0	21	72.4	3	30.0	5	26.3	7	58.3
Nivel III			2	6.9	1	10.0			4	33.3
Nivel IV	1	10.0								
<b>Social</b>										
Nivel I	5	50.0	25	86.2	7	70.0	16	84.2	4	33.3
Nivel II	5	50.0	3	10.3	2	20.0	2	10.5	6	50.0
Nivel III			1	3.5	1	10.0	1	5.3	3	16.7
<b>Biopsicosocial</b>										
Nivel I	7	70.0	23	79.3	7	70.0	16	84.5	5	41.7
Nivel II	4	30.0	4	13.8	2	20.0	2	10.5	3	25.0
Nivel III			2	6.9	1	10.0	1	5.3	4	33.3

**TABLA5. CALIDAD DE VIDA Y CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL .**

CALIDAD DE VIDA	CONTROL DE LA ENFERMEDAD			
	SI		NO	
	No.	%	No.	%
<b>Física</b>				
Nivel I	18	25.0	4	14.3
Nivel II	54	75.0	24	85.7
<b>Psíquica</b>				
Nivel I	35	48.6	3	10.7
Nivel II	28	38.9	27	78.6
Nivel III	8	11.1	2	7.1
Nivel IV	1	1.4	1	3.6
<b>Social</b>				
Nivel I	64	75.0	18	64.3
Nivel II	16	22.2	6	21.4
Nivel III	2	2.8	4	14.3
<b>Biopsicosocial</b>				
Nivel I	55	76.4	18	64.3
Nivel II	12	16.7	6	21.4
Nivel III	5	6.9	4	14.3