

## Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial

Serrano-Garzón Esther, Michel-Olague Margarita Belén, Frías-Mora Rigoberto, Álvarez-Gutiérrez Ofelia Anaíd, Frías-Serrano Rigoberto Gibran.

### Autor para correspondencia

Dra. Ofelia Anaíd Álvarez-Gutiérrez. Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Unidad de Medicina Familiar No. 48, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, México.  
Contacto al correo electrónico: ofe\_ana7@hotmail.com

**Palabras clave:** Calidad de vida, Enfermedades Crónico-degenerativas, Hipertensión arterial.  
**Keywords:** Arterial hypertension, Chronic-degenerative diseases, Quality of life.



## Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial

Serrano-Garzón E<sup>a</sup>, Michel-Olague MB<sup>a</sup>, Frías-Mora R<sup>b</sup>, Álvarez-Gutiérrez OA<sup>b</sup>, Frías-Serrano RG<sup>c</sup>

### Resumen

#### Introducción

La hipertensión arterial ocupa el tercer lugar de los motivos de consulta de las enfermedades crónicas y afecta al 30% de la población adulta. Su presencia se asocia a un incremento en el riesgo cardiovascular, además de que representa un aumento en la morbilidad con deterioro de la calidad de vida. El objetivo del presente estudio fue evaluar la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial controlados y descontrolados en la Unidad Médico Familiar número 51 en Guadalajara Jalisco.

#### Material y Métodos

Se trata de un estudio transversal analítico realizado en pacientes adultos con hipertensión arterial crónica adscritos a la U.M.F. No. 51 del IMSS. Se aplicó la encuesta SF-36 para determinar la calidad de vida de los encuestados. Se utilizó estadística descriptiva (medias, mediana, promedios) así como estadística inferencial realizando el test de X<sup>2</sup> y OR para complementar su análisis.

#### Resultados

Se incluyeron 321 pacientes, 214 (66.7%) estaban controlados y 107 (33.3%) descontrolados. La única variable sociodemográfica con significancia estadística fue el sexo femenino. La estimación de riesgo para un inadecuado control de la presión arterial y una calidad de vida deteriorada fue de 3.944 (IC 95% 2.844-5.470,  $p < 0.001$ ).

#### Discusión

Aquéllos pacientes descontrolados presentaron mayor deterioro de la calidad de vida. El control de la presión arterial mediante tratamiento farmacológico y no farmacológico, impacta la su calidad de vida de quien la padece.

**Palabras clave:** *Calidad de vida, Enfermedades Crónico-degenerativas, Hipertensión arterial.*

1. Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Unidad de Medicina Familiar No. 51, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, México.
2. Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Unidad de Medicina Familiar No. 48, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, México.
3. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

#### Autor para correspondencia

Dra. Ofelia Anaíd Álvarez-Gutiérrez.  
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Unidad de Medicina Familiar No. 48, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, México.

Contacto al correo electrónico:  
ofe\_an7@hotmail.com

# Quality of life in patients with hypertension

## Abstract

### Introduction.

Hypertension occupies the third place of the reasons for consultation of chronic diseases and affects 30% of the adult population. Its presence is associated with an increase in cardiovascular risk, in addition to representing an increase in morbidity with deterioration of quality of life. The aim of the present study was to evaluate the quality of life in patients with controlled and uncontrolled arterial hypertension in the Family Medical Unit number 51 in Guadalajara, Jalisco.

### Material and Methods.

This is an analytical cross-sectional study carried out in adult patients with chronic arterial hypertension assigned to the U.M.F. No. 51 of the IMSS. The SF-36 survey was applied to determine the quality of life of the respondents. We used descriptive statistics (means, median, averages) as well as inferential statistics, performing the X<sup>2</sup> and OR test to complement their analysis.

### Results.

We included 321 patients, 214 (66.7%) were controlled and 107 (33.3%) were uncontrolled. The only sociodemographic variable with statistical significance was the female sex. The estimation of risk for inadequate control of blood pressure and impaired quality of life was 3,944 (CI 95% 2,844, -5,470,  $p < 0.001$ ).

### Discussion.

Uncontrolled patients presented greater deterioration of the quality of life. The blood pressure control through pharmacological and non-pharmacological treatment impacts the quality of life of those who suffer from it.

**Key Words:** Arterial hypertension, Chronic-degenerative diseases, Quality of life.

## Introducción

La Hipertensión arterial crónica (HTA) constituye uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel mundial. Ésta, es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y su asociación con otros factores como diabetes, obesidad o dislipidemia, es común e incrementar el riesgo de enfermedad cardiovascular.<sup>1</sup>

Se estima que 30% de la población adulta está afectada, mientras una tercera parte de la población afectada desconoce el diagnóstico. Una de cada tres personas que se está en tratamiento para hipertensión no consigue alcanzar cifras de tensión arterial por debajo del límite de 140/90<sup>2</sup>. A nivel mundial, la OMS estima que la hipertensión arterial causa la muerte de 9.4 millones de personas y estas muertes representan el 12.8% del total de las muertes en cada año.<sup>2</sup>

En México, según la encuesta ENSANUT 2012 la prevalencia de hipertensión arterial se ha mantenido constante en los últimos seis años (ENSANUT 2006 y 2012) tanto en hombres (32.4 frente a 33.3%) como en mujeres (31.1 frente a 30.8%).<sup>3</sup>

Esta enfermedad afecta el bienestar físico, social y emocional de las personas que la padecen, convirtiéndose en una de las principales causas de morbimortalidad asociada con el actual modelo económico y social.

Este bienestar físico, social y emocional es conocido como "calidad de vida". Tal concepto apareció en la literatura

coincidiendo con el resurgimiento económico del siglo XX, convirtiéndose en un factor indispensable para el desarrollo del individuo con una enfermedad crónica. Es definido por la OMS como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno".<sup>4,5</sup>

Actualmente se ha convertido en un indicador importante para evaluar la efectividad de tratamientos e intervenciones en el área de salud. Debido a que se trata de una percepción del individuo y por tanto en ocasiones no puede ser observada en forma directa, se evalúa a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas, y en teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas.<sup>5</sup>

Uno de los primeros estudios sobre este tema fue desarrollado por Roca y cols. en España, en 1992, quienes diseñaron el cuestionario de Calidad de Vida CHAL y lo aplicaron a tres muestras: uno hospitalario (n=90) uno de asistencia primaria (n=89), y a un grupo control (n=76). Se observó que aunque las dos poblaciones hipertensas diferían entre sí significativamente en edad, sexo, usos terapéuticos, repercusión orgánica y presión arterial, su calidad de vida era

globalmente similar; se diferenciaba en cambio de la del grupo control, en el que se observaban unos índices mejores. En la población hipertensa, ni el género, ni la gravedad de la hipertensión, ni el tipo de tratamiento o el tiempo de evolución influyeron en la calidad de vida.<sup>6</sup>

En el 2001 nuevamente Roca y cols., desarrollaron una investigación para determinar la relación entre variables clínicas y terapéuticas y los niveles de calidad de vida en sujetos hipertensos. Trabajaron con una muestra de 269 pacientes hipertensos y 106 personas controles normotensos a quienes se les aplicaron los cuestionarios de calidad de vida CHAL y el EuroQol-5D. Los resultados arrojaron puntajes desfavorables en la calidad de vida en los sujetos hipertensos a comparación con los sujetos normotensos, igualmente se encontró que la terapia hipertensiva producía un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes hipertensos.<sup>7</sup>

Más recientemente en el 2006 Banegas y cols. investigaron en una muestra de 3368 sujetos hipertensos con más de 60 años de edad, la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36 y la presión arterial fue medida bajo condiciones estandarizadas. Se encontró que ni la hipertensión ni el control de la droga antihipertensiva pareció influir sobre la calidad de vida de esta muestra poblacional.<sup>8</sup>

En Latinoamérica existen algunas publicaciones que muestran el deterioro de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial como el realizado por Álvarez Toste y Alfoso Sague en Cuba en el 2006 el cual sugirió, que a mayor duración de la enfermedad sin control, mayor afectación de la calidad de vida relacionada con la salud aplicando el Euroqol-5D.<sup>9</sup>

En México existe una investigación publicada en la Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica realizada en el 2009 que evaluó la calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial en una comunidad del estado de México cuya muestra fue de 30 pacientes y se aplicó el cuestionario CHAL, de éstos, solo el 3.3% presentó una regular calidad de vida y concluyeron que el estado de ánimo y las manifestaciones somáticas se asocian con una peor calidad de vida.<sup>5</sup> El objetivo del presente estudio fue evaluar la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial controlados y descontrolados en la UMF 51 en Guadalajara Jalisco.

## Material y métodos

Se trató de un estudio transversal analítico que se llevó a cabo en la UMF no. 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara Jalisco, en el periodo comprendido entre noviembre de 2014 y febrero de 2015. Se calculó el tamaño de muestra mediante la aplicación StatCal del programa Epi Info versión 3.5.3. Con un nivel de confianza de 95% y un poder estadístico de 80%. Con una prevalencia esperada de exposición en el grupo no enfermo del 0.01%, y una prevalencia de exposición en las personas enfermas de 5.8%, lo que dio un tamaño de muestra de pacientes con T/A controlada de 214 y con T/A descontrolada de 107, siendo un total de 321 pacientes. Fueron incluidos pacientes con hipertensión arterial crónica, mayores de 18 años, adscritos a la U.M.F mencionada. No se incluyeron aquéllos pacientes con la vida amenazada o estados de enfermedad de

pronóstico fatídico y pacientes con estados de enfermedad en los que está deteriorada, de forma importante, la capacidad de autovaloración e introspección. Se eliminaron aquéllos pacientes que entregaron instrumentos incompletos o mal llenados.

## Recolección de información

Se aplicó el cuestionario SF-36 a todos los pacientes en forma auto-administrada. El SF-36 es uno de los cuestionarios más utilizados en nuestro medio para evaluar la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas. Durán y Gallegos validaron este cuestionario en nuestro país en el año 2004.<sup>4</sup> La prueba de Cronbach mostró un coeficiente de confiabilidad de 0.9314. Éste cuestionario ofrece las ventajas de ser amplio, confiable y permite evaluar la enfermedad de interés, las intervenciones terapéuticas y las poblaciones.<sup>7</sup> Cubre 8 dimensiones del estado de salud y una pregunta que hace referencia a la transición de salud que enfrenta el paciente. Consta de 36 ítems, las dimensiones evaluadas son: salud general, función física, rol físico, rol emocional, función social, dolor corporal, salud mental y vitalidad.

Para su calificación se utilizó el enfoque *Rand Group* el cual transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (la mejor calificación es igual a 100). Posteriormente, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Para simplificación de resultados se promediaron las 8 esferas, un puntaje mayor a 50 refleja una adecuada calidad de vida y un porcentaje menor a 50 una calidad de vida deficiente.

Así mismo se colectaron variables sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, presencia de comorbilidades. También se incluyó la última T/A reportada en el expediente y se clasificó en grados de acuerdo al JNC 8.

## Análisis estadístico

Se utilizó estadística paramétrica descriptiva con medias y desviación estándar. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias y proporciones. Se utilizaron estadísticos inferenciales con  $\chi^2$  para comparación de proporciones. Se tomó como significativo un valor de  $p \leq 0.05$ . Para la variable cuantitativa que fue edad se utilizó estadística descriptiva. Se realizó estadística inferencia mediante la utilización de  $\chi^2$  y OR donde se evaluó la asociación entre ambos grupos de variables (los pacientes con TA controlada/descontrolada, y su asociación con los pacientes con calidad de vida adecuada/inadecuada) mediante OR, IC 95%. El análisis estadístico de la información recolectada se llevó a cabo en el software estadístico SPSS® para Windows versión 20.

## Resultados

En total se incluyeron en la muestra 321 pacientes. 214 (66.7%) cuyos parámetros de presión arterial se consideran de descontrol y 107 (33.3%) cuyas cifras tensionales se encontraban dentro de parámetros controlados. No hubo pérdidas en el estudio. Se incluyeron 108 (33.6%) hombres y

213 (66.4%) mujeres.

El 43.9 % (141) del total de la muestra tenían más de 60 años y 50.8% (163) fueron casados. En cuanto al nivel de estudios el porcentaje más alto se ubicó en nivel primaria con el 48.3% (155), 53.9% (173) no tenían ningún tipo de trabajo formal.

105 (32.7%) pacientes presentaron alguna comorbilidad y 216 (67.3%) no la presentaron. La comorbilidad más frecuente fue Diabetes Mellitus 2, presentada en 102 pacientes (31.8%). Las características generales de la muestra se muestran en la Tabla 1.

De acuerdo al JNC 8, el mayor número de pacientes tenía una presión normal, 29.6% (95), le siguieron aquellos pacientes con HTA grado 1, 22.4% (72) y solo el 0.3% (1 paciente) presentó hipertensión aislada.

Todas las esferas del SF -36 fueron promediadas y el puntaje global fue el siguiente: 33.3 % (107 pacientes) obtuvo un puntaje menor a 50 y en el 66.7 % (214 pacientes) presentaron un puntaje mayor de 50. Los resultados de cada esfera se muestran en la **Tabla 3**.

Se analizó la relación entre la calidad de vida de los sujetos hipertensos y las variables sociodemográficas dicotómicas estudiadas. La primera de ellas fue el sexo. Se encontró una estimación de riesgo (ER) de 1.277 en mujeres (IC 95% 1.101-1.481,  $p=0.003$ ). La segunda variable analizada fue vida laboral, con una ER 1.149 (IC 95% 1.149-1.462,  $p=0.268$ ) para aquellas personas con una vida activa. Para aquellos que tenían alguna comorbilidad, ER 1.134 (IC 95% 0.821-1.567,  $p=0.449$ )

También, se analizó la relación entre un inadecuado control de la presión arterial y una calidad de vida deteriorada, encontrando una ER de 3.944 (IC 95% 2.844-5.470,  $p<0.001$ ). Para el grupo con adecuado control de la presión arterial la ER fue de 3.404 (IC 95% 2.844-5.470,  $p<0.001$ ). Al asociar aquellos pacientes controlados con aquellos cuya calidad de vida fue adecuada (SF-36 > 50) por medio de OR el resultado fue de 0.1025, esto muestra que las cifras de tensión arterial controladas se convierten en un factor de protección para una calidad de vida adecuada

## Discusión

Del total de los 321 pacientes. 214 (66.7%) tenían cifras en descontrol y 107 (33.3%) eran pacientes que estaban controlados comparable a lo observado en Grecia por Theodorou y Kaitelidou que reportaron 39.6% pacientes no controlados<sup>12</sup>. Las características sociodemográficas como edad mayor a 60 años, predominancia del sexo femenino y la escolaridad primaria eran las esperadas, debido a que la mayoría de los derechohabientes en ésta UMF cumple con tales características. De las variables sociodemográficas analizadas el sexo femenino presentó mayor riesgo de presentar deterioro en su calidad de vida si mantenía cifras de presión arterial descontroladas (ER 1.277,  $p=0.003$ ).

Al analizar la relación entre un inadecuado control de la presión arterial y una calidad de vida deteriorada se obtuvo un RR de 3.944 ( $p<0.001$ ), lo que significa que aquellos pacientes con cifras de presión arterial descontroladas tiene casi 4 veces más riesgo de tener una mala calidad de vida, esto

**Tabla 1.** Características basales de la población

Característica	Frecuencia (%)
Mujer	213 (66.4)
Grupo de edad	
18-30	11 (3.4)
31-40	25 (7.8)
41-50	48 (15)
51-60	96 (29.9)
> 60	141 (43.9)
Escolaridad	
Sin estudio	57 (17.8)
Primaria	155 (48.3)
Secundaria	70 (21.8)
Preparatoria	28 (8.7)
Licenciatura	10 (3.1)
Posgrado	1 (0.3)
Activo	148 (46.1)
Comorbilidades	
Ninguna	216 (31.8)
Diabetes mellitus 2	102 (67.3)
Presión arterial*	
Óptima	65 (20.2)
Normal	95 (29.6)
Normal alta	58 (18.1)
Grado 1	72 (22.4)
Grado 2	27 (8.4)
Grado 3	3 (0.9)

Total de pacientes 321. \* De acuerdo a la clasificación de JNC 8.

ha sido demostrado en la mayoría de las investigaciones que han explorado la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial, en las que la calidad de vida de aquellos pacientes con cifras tensionales elevadas es inferior a aquellos pacientes cuyas cifras se encuentran en parámetros de control como lo observado por Roca y Ametlla en España<sup>6</sup>.

En comparación con investigaciones latinoamericanas

Tabla 2. Puntaje obtenido en las esferas evaluadas del SF-36

	Puntaje < 50	Puntaje >50
Transición de salud	30.2% (97)	69.8% (224)
1) Salud General	52.6% (169)	47.4% (152)
2) Función Física	11.5% ( 37)	88.5% (284)
3) Rol físico	35.5% (114)	64.5 % (207)
4) Rol emocional	34% (109)	66% (214)
5) Función social	22.7 % (73)	77.3% (248)
6) Dolor corporal	22.1 % (71)	77.9% (250)
7)Salud mental	28.3 % (91)	71.7 % (230)
8) Vitalidad	33.3 % (107)	76.9% (247)

como la realizada por Álvarez Toste y Alfoso Sague en 2006

### Referencias bibliográficas

- World Health Organization [internet]. Ginebra. OMS; [citado 10 ene 2014] Comunicado de prensa. Día Mundial de la Salud 2013: Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world\\_health\\_day\\_20130403/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130403/es/).
- Organización Panamericana de la Salud. [internet]. Washington. OPS; [actualizado abr 2013; citado 14 abr 2014]. Disponible en: <http://www.paho.org/hipertension/>.
- Gutiérrez J, Rivera J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
- Gómez G. Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2011;19:(1).
- Roca AC, Ametlla J, Calero S, Comas O, Fernández M., Lospaus R, et al. Calidad de vida en la hipertensión arterial. *Medicina Clínica* 2014;98(13):486-490.
- Roca AC, Dalfó A, Badia X, Aristegui I, Roset M. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. *J Hypertens*. 2001;19(10):1913-9.
- Banegas JR, Rodríguez FA, Graciani A, GE, Ruilope LM. Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. *J Hypertens*. [Internet] 2006. [citado 16 de mayo 2015]19(7):686-93.
- Álvarez T. Alfonso S. Bonet M. Calidad de Vida Relativa a Salud e Hipertensión Arterial en Cuba. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. 2009; 47 (3) Disponible en : [http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol47\\_3\\_09/hie03309.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol47_3_09/hie03309.pdf)
- Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36\* *Salud Pública Méx*. 2004; 46(4)

los resultados generales fueron similares, mostrando deterioro en la calidad de vida en aquellos pacientes con cifras descontroladas. Sin embargo las esferas que más se observaron afectadas fueron salud general y rol físico con el 52.6 % y 35.5 % en comparación con dolor corporal y ansiedad/depresión que fueron las esferas más afectadas en la investigación mencionada. Es trascendente mencionar que según los resultados de ésta investigación las cifras tensionales de aquellos pacientes en control se asociaron a mejores puntajes en el SF-36.

### Conclusiones

En general, los pacientes hipertensos descontrolados tienen una peor calidad de vida que aquellos con adecuado control. Por lo anterior, todo paciente con hipertensión arterial, tras ser diagnosticado, se encuentra ante un problema de salud crónico, que implicará un control periódico, para tratar de controlar la enfermedad y por ende intentar evitar la presentación de complicaciones que suelen tener una repercusión importante sobre el estado de salud general del paciente.