

Calidad de vida de pacientes con enfermedad cardiovascular en un programa de seguimiento Farmacoterapéutico

Andrea Franco Sierra¹, andreafr1387@gmail.com, Cardona-Arango Doris²

¹ Química Farmacéutica. Directora Atención Farmacéutica. Dempos S.A*,

² Doctora en Demografía. Docente Universidad CES

Fecha de recepción marzo 28 de 2016

Fecha de correcciones septiembre 19 de 2016

Fecha de aceptación septiembre 30 de 2016

Fecha de publicación enero 31 de 2017

Resumen

Objetivo. Estimar los factores asociados a la calidad de vida de pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) en un Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT). **Materiales y métodos.** Se realizó un estudio cuantitativo, transversal analítico. La población de estudio fueron 42 pacientes con ECV pertenecientes al Programa de Atención Farmacéutica de Dempos S.A. que habían recibido SFT entre junio de 2013 a junio de 2014; para la medición de la calidad de vida se utilizó el cuestionario SF-36 V.2 validado al español, mediante entrevista telefónica aplicada en el mes de septiembre de 2014. Se incluyeron variables sociodemográficas y clínicas, con esta información se procedió a realizar análisis univariado, bivariado y multivariado. **Resultados.** El 50% de los pacientes evaluados eran mayores de 76 años, 22 (52,4%) de los cuales correspondían a mujeres. La hipertensión fue la enfermedad que afectó principalmente a los pacientes (95,2%), siendo la cardiopatía isquémica la enfermedad cardiovascular más frecuente en la población de estudio (71,4%). Mediante el seguimiento farmacoterapéutico se identificaron 134 problemas relacionados con el uso de los medicamentos (PRUM) (73,2%) y 49 problemas relacionados con los medicamentos (PRM) (26,8%). El 54,8% de los pacientes obtuvieron buena calidad de vida (≥ 50 SF-36). Se encontró asociación entre la calidad de vida y el rango salarial, mientras que los pacientes diabéticos presentaron menor probabilidad de tener mala calidad de vida que los no diabéticos. **Conclusiones.** Existe una asociación entre el deterioro en la calidad de vida de pacientes con enfermedad cardiovascular con un rango salarial bajo. En estos pacientes predominan los problemas relacionados con el uso de los medicamentos más que los resultados negativos asociados a la farmacoterapia. **Palabras claves:** Calidad de vida, Atención Farmacéutica, Enfermedades Cardiovasculares.

Copyright © Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira. 1995-2017. Todos los derechos reservados*.

Factors associated to the quality of life in patients with cardiovascular disease in a pharmacotherapy monitoring program

Abstract

Estimating the factors associated the quality of life of patients with cardiovascular disease problems (CVD), in a monitoring pharmacotherapy program. **Methods.** A quantitative study was conducted, focusing an empirical analytical method, for a cross-sectional observational analytic study. The studied population included 42 patients with CVD belonging to Pharmaceutical Care Program of Dempos S.A, who had received pharmacotherapy from June 2013 to June 2014; for measuring quality of life questionnaire SF-36 V.2 translated and validated to Spanish was used, and applied by telephone interviews during September 2014. Sociodemographic and clinical variables were included, with this information we proceeded to perform univariate, bivariate and multivariate analysis. **Results.** 50% of the evaluated patients were older than 76 years of age (Rq: 23), 22 (52.4%) of whom were women. Hypertension was the disease that primarily affected patients (95.2%), ischemic heart disease being the most common in the studied population (71.4%). 134 problems related with the use of medication (PRUM) (73.2%), and 49 with the drugs (DRPs) (26.8%). 54.8% of patients had good quality of life (> 50 SF-36) and 45.2% poor quality of life (SF-36 < 50). Association between quality of life and the salary range was found, while diabetic patients were less likely to have poor quality of life than non-diabetics. **Conclusions.** We show that there is an association between the deterioration in the quality of life of patients with cardiovascular disease with a low salary range. There is predominant problem in these patients with the use drug or medication, and it represents a bigger proportion of the problems with the negative results in the pharmacotherapy.

Key words: Quality of life, Pharmaceutical Care, Cardiovascular Diseases.

Copyright © Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira. 1995-2017. All rights reserved*.

Introducción

Por su representación multidimensional, la calidad de vida expresa valores y expectativas que pueden ser diferentes de una persona a otra e incluye percepciones objetivas y subjetivas que son similares entre las personas o grupos, pero que no son iguales de forma global. Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado [1]. Diversos factores se han asociado a la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas, por ejemplo las mujeres con accidente cerebrovascular isquémico demostraron peor calidad de vida que los hombres con esta misma enfermedad [2], y al aumentar la edad, la puntuación media de calidad de vida disminuyó en la mayoría de los dominios [3].

También se han encontrado diferencias con las condiciones socioeconómicas y el nivel educativo alcanzado. Desde el punto de vista clínico, el tipo de enfermedad, las comorbilidades, los medicamentos utilizados, entre otros, han sido los elementos más frecuentemente referenciados [4]. Otro aspecto importante a tener en cuenta es la polimedición y la presencia de eventos y acontecimientos adversos relacionados con los medicamentos cuyo impacto también puede verse reflejado en la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas [5] que presentan complicaciones que demandan un consumo alto de medicamentos. Estos problemas pueden ser detectados mediante el seguimiento farmacoterapéutico que además de ser una intervención efectiva en el control clínico, contribuye a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con hipertensión arterial esencial [6], diabetes mellitus [7] e insuficiencia renal crónica [8].

Esta herramienta permite al químico farmacéutico responsabilizarse de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM) y problemas relacionados con la utilización de los medicamentos (PRUM) de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida, en la búsqueda de la máxima efectividad y seguridad de los medicamentos [9].

Dentro de las enfermedades crónicas, las cardiovasculares constituyen una de las causas más importantes de discapacidad y muerte en el mundo, la elevada prevalencia y efectos negativos sobre la salud y calidad de vida de la comunidad hace que sean las más significativas entre los problemas de salud pública [10]. En Colombia, las causas de mortalidad están encabezadas por las enfermedades cardiovasculares, que corresponden al 28,7 % de todas las defunciones. De hecho, en los hombres predomina la enfermedad coronaria y, asociada a ésta, la enfermedad cardíaca isquémica, y en las mujeres predominan las enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial, como la enfermedad cerebrovascular y la insuficiencia cardíaca [11]. En el periodo comprendido entre 1998 y 2011 de las defunciones debidas a enfermedades cardiovasculares el 56,3% se debieron a enfermedad cardíaca isquémica, 30,6% a enfermedad cerebrovascular, 12,4% a enfermedad hipertensiva y 0,5% a enfermedad cardíaca reumática crónica.

Por lo anterior se buscó identificar los factores sociodemográficos, clínicos y calidad de vida de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio transversal, en el cual se midió la calidad de vida de un grupo de pacientes con enfermedad cardiovascular.

La población la constituyeron pacientes mayores de 65 años con diagnóstico confirmado en la historia clínica de enfermedad cardiovascular, pertenecientes al Programa de Atención Farmacéutica de Dempos S.A. que habían recibido seguimiento farmacoterapéutico entre junio de 2013 a junio de 2014. De ellos se excluyeron los pacientes con cifras de presión arterial > 180/100, con antecedentes de infarto agudo de miocardio en los últimos 3 meses, pacientes vinculados a programas de rehabilitación cardíaca o que estuvieran hospitalizados y que tuvieran alguna limitación física o mental que les impidiera responder la encuesta.

Durante el periodo seleccionado para el estudio se encontraron 180 pacientes que estaban en seguimiento farmacoterapéutico en la unidad de atención primaria seleccionada, de éstos solo 50 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, sin embargo 8 fueron retirados, 2 por problemas de audición, 2 se encontraban hospitalizados en el momento de la encuesta y 4 no pudieron ser localizados, para un total de 42 pacientes.

Para la medición de la calidad de vida se utilizó el cuestionario SF-36 V.2 validado al español, mediante entrevista telefónica aplicada en el mes de septiembre de 2014. Este cuestionario consta de 36 preguntas que evalúan los estados positivos y negativos de la salud, en ocho dimensiones que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia, su puntuación va de 0 a 100 para cada escala y la puntuación global es un promedio de cada una de ellas. Cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejor es el estado de salud: 0 representa el peor estado de salud y 100, el mejor estado. Se capacitó a las personas que iban a aplicar la encuesta y se hicieron llamadas posteriores, al 10% de los pacientes entrevistados, para corroborar que se les aplicó la encuesta.

La recolección de las variables sociodemográficas y clínicas se realizó mediante revisión de las historias clínicas y las relacionadas con el seguimiento farmacoterapéutico se obtuvieron de un archivo en Excel donde se deja registro de todo el análisis realizado a cada paciente.

Las variables sociodemográficas incluidas fueron la edad, el sexo, el rango salarial, el estado civil, el nivel educativo, y la presencia de apoyo familiar, el tipo de enfermedad cardiovascular, diagnóstico de insuficiencia renal crónica, depresión, y las variables propias del seguimiento farmacoterapéutico, tales como: el número de medicamentos, problemas relacionados con los medicamentos (PRM), los problemas relacionados con el uso de los medicamentos

(PRUM) y la severidad de los eventos (leve, moderado, severo). Se realizó la valoración de la calidad de vida a través de la escala SF-36.

El análisis estadístico se realizó a través del programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS V.18) con licencia para la Universidad CES. Para las variables sociodemográficas y clínicas, así como para la calidad de vida se tomaron frecuencias absolutas y relativas (simples y acumuladas) representadas por medio de tablas y gráficos. Se utilizó el estadístico U de Mann Whitney para la variable edad, para las demás variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi cuadrado ($p < 0,05$). Se incluyeron en la regresión logística las variables con valor $p < 0,25$ según criterio de Hosmer-Lemeshow, sin embargo ninguna variable entró en la ecuación. Para el análisis epidemiológico se estimó la razón de prevalencias con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Según el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de salud de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, esta investigación es considerada "sin riesgo" ya que se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Resultados

Características sociales, demográficas y clínicas

Los 42 pacientes evaluados reportaron que: El 50% eran mayores de 76 años con un rango intercuartílico de 23; 22 (52,4%) eran mujeres. El 61,9% devengaban un salario hasta \$1.231.000, el estado civil casado fue el más frecuentemente reportado con 64,3% y el 31,0% contaban con un nivel educativo entre secundario y universitario. El 69% de los pacientes afirmaron recibir apoyo familiar.

En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular la hipertensión fue la enfermedad que afectó principalmente a los pacientes (95,2%), seguida por la dislipidemia (76,2%) y la diabetes mellitus (54,85%) y en el 36,6% de los pacientes coexistían las tres patologías. La figura muestra la distribución de los pacientes según el tipo de enfermedad cardiovascular. Además el 21,4% de los pacientes tenía diagnóstico de depresión y el 45,2% presentaron enfermedad renal crónica en algún estadio clínico.

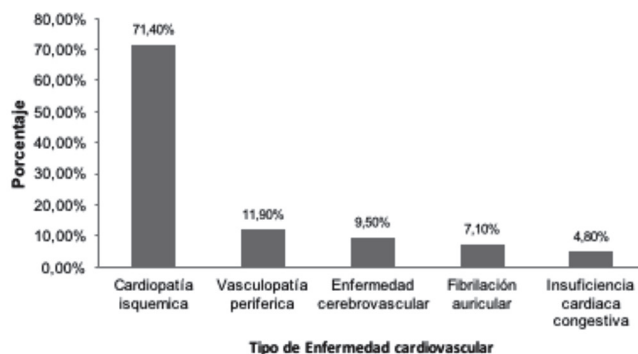


Figura. Distribución porcentual de los pacientes en seguimiento farmacoterapéutico según tipo de enfermedad cardiovascular. Medellín 2014

Los 42 pacientes con enfermedad cardiovascular que estuvieron en seguimiento farmacoterapéutico fueron tratados con un promedio de 10,2 (DE: 3,4) medicamentos, en los cuales se identificaron 134 problemas relacionados con el uso de los medicamentos (PRUM) (73,2%), siendo el error de prescripción el más frecuente 80 (54,7%), seguido por dificultades asociadas al uso de medicamentos que se reportó con 47 dificultades (35,1%). Por otro lado se encontraron 49

(26,8%) problemas relacionados con los medicamentos, en este caso los problemas de ineffectividad cuantitativa (PRM4) e inseguridad cuantitativa (PRM6) fueron los más frecuentes con 32,7% y 26,5% respectivamente. El 91,8% de estos problemas se resolvieron al momento de aplicar la encuesta de calidad de vida y el 8,2 % no pudieron ser considerados resueltos. En cuanto a la severidad de los eventos (PRM y PRUM) el 4,9% de los pacientes presentaron eventos severos, 76,0% moderados y 19,1% leves.

Medición de la calidad de vida

El 54,8% de los pacientes obtuvieron buena calidad de vida (\geq 50 SF-36). Los resultados de la calidad de vida en cada una de sus dimensiones aparecen en la tabla.

Tabla. Puntuación mediana y rango intercuartílico para cada dimensión del cuestionario SF-36

Dimensión	Puntuación mediana (Rango inter cuartílico)
Función Física	42,5 (45,0)
Rol Físico	25,0 (81,3)
Dolor	62,5 (65,0)
Salud General	40,0 (25,0)
Vitalidad	45,0 (30,0)
Función social	62,5 (45,0)
Rol emocional	66,7 (100,0)
Salud Mental	66,0 (68,0)
Total	53,2 (35,1)

No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones de calidad de vida edad, sexo, estado civil, ni escolaridad. Tampoco se encontró asociación con cardiopatía isquémica, depresión. La diabetes reportó una razón de prevalencia de 0,255 [IC 95% ((0,07-0,93)]. El análisis multivariado no reportó una asociación con ninguna variable cuando se pretendió ajustar variables de confusión.

Para las variables relacionadas con el seguimiento farmacoterapéutico se encontró que no hay relación de la calidad de vida con problema relacionados con los medicamentos ni con el uso de medicamentos.

Discusión

La calidad de vida es un concepto muy amplio que esta mediado de modo complejo por la salud física de los individuos, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su interrelación con los elementos esenciales de su entorno. Por su parte el seguimiento farmacoterapéutico además de ayudar en el control y mantenimiento de los niveles de presión arterial, contribuye a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con hipertensión esencial [12], diabetes mellitus [13] e insuficiencia renal crónica [14], sin embargo actualmente poco se conoce sobre la influencia de esta práctica en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular, así como la de otros factores externos que también pueden modificar esta medición.

En este estudio la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular con un rango salarial bajo se encuentra disminuida, hallazgo que ha sido identificado previamente en otros estudios tales como el de Seongkum Heo y colaboradores [15] en el cual se encontró relación entre la calidad de vida con la situación económica de pacientes con insuficiencia cardiaca, encontrándose además que un mejor estado funcional, menor número de comorbilidades y mejor estado socioeconómico se asocia con mejor calidad de vida

Schweikert y colaboradores[16] analizaron pacientes con infarto agudo de miocardio (IM), y Wexler y col.[17] con diabetes tipo 2; ambos estudios encontraron que la calidad de vida relacionada con la salud, medida a través del SF-36, fue significativamente menor en el grupo de bajo nivel socioeconómico.

Oliva y colaboradores evidenciaron que la calidad de vida relacionada con la salud de las personas diabéticas no es necesariamente inferior a la de personas no diabéticas, la presencia de otras enfermedades o factores de riesgo cardiovascular se asocian con una disminución significativa de la calidad de vida [18].

Además Alex Z y colaboradores [19] identificaron que la presencia de complicaciones macro vasculares esta consistentemente asociada a menor calidad de vida en los pacientes con diabetes. Debido a que la evaluación de estas asociaciones no estaba dentro de los objetivos del presente estudio, no es posible identificar el comportamiento de estas variables en la población y si pueden o no tener asociación con el comportamiento evidenciado en la calidad de vida.

Dadas las limitaciones del estudio no fue posible identificar asociación estadística entre la calidad de vida y los indicadores de prevención y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y problemas relacionados con el uso de los medicamentos (PRUM), así como con otras variables que han sido identificadas ampliamente en la literatura, tales como la edad [17], el nivel educativo [20] [2,27]]}}}},"schema": "https://github.com/citation-style-language/schema/raw/master/csl-citation.json"} , la hipertensión(21), la misma enfermedad cardiovascular [22] y otras patologías tales como la insuficiencia renal [23] [24] y la depresión [25]. Siendo el tamaño de la muestra (n=42) y la temporalidad entre la aplicación de la encuesta y la realización del seguimiento farmacoterapéutico las principales limitantes.

Conflicto de intereses

Las autoras dejamos constancia que no existió conflicto de intereses en el desarrollo de la presente investigación.

Referencias

1. Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*. 2005; 1(2):125-37.
2. Bushnell CD, Reeves MJ, Zhao X, Pan W, Prvu-Bettger J, Zimmer L, et al. Sex differences in quality of life after ischemic stroke. *Neurology*. 2014;82(11):922-31.
3. García HI, Vera CY, Lugo LH. Health-related quality of life (QOL) in Medellín and its metropolitan area, with the implementation of the SF-36. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2014;32(1):26-39.
4. Rebollo P, Bobes J, Gonzalez MP, Saiz P, Ortega F. [Factors associated with health related quality of life in patients undergoing renal replacement therapy]. *Nefrol Publicacion Of Soc Espanola Nefrol*. 1999;20(2):171-81.
5. Niquille A, Bugnon O. Relationship between drug-related problems and health outcomes: a cross-sectional study among cardiovascular patients. *Pharm World Sci*. agosto de 2010;32(4):512-9.
6. Ayala LK, Condezo K, Juárez JR. Impacto del seguimiento farmacoterapéutico en la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con hipertensión arterial. *Cienc E Investig*. 2010;13(2):78-81.
7. Roblejo YL, Delgado DL. Impacto de un servicio de seguimiento farmacoterapéutico implementado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Farmacia*. 2011;45(2):226-234
8. Pai AB, Boyd A, Chavez A, Manley HJ. Health-related quality of life is maintained in hemodialysis patients receiving pharmaceutical care: A 2-year randomized, controlled study. *Hemodial Int*. 2009;13(1):72-9.

9. WORKS O. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). *Ars Pharm.* 2007;48(1):5-17.
10. Beaglehole R, Yach D. Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults. *The Lancet.* 2003;362(9387):903-8.
11. Gómez LA. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. *Biomédica.* 2011;31(4):469-73.
12. Flores L, Segura C, Quesada MS, Hall V. Seguimiento Farmacoterapéutico con el Método Dáder en un grupo de pacientes con hipertensión arterial. *Seguim Farmacoter.* 2005;3(3):154-7.
13. Roblejo YL, Delgado DL, Moro AZ, Camps IB. Resultados preliminares de la implementación de un servicio de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la Farmacia Principal Municipal Santiago de Cuba. *Pharm Care Esp.* 2011;13(2):57.
14. Via-Sosa MA, Lopes N, March M. Effectiveness of a drug dosing service provided by community pharmacists in polymedicated elderly patients with renal impairment—a comparative study. *BMC Fam Pract.* 2013;14(1):96.
15. Heo S, Moser DK, Chung ML, Lennie TA. Social status, health-related quality of life, and event-free survival in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2012;11(2):141-149.
16. Schweikert B, Hunger M, Meisinger C, König H-H, Gapp O, Holle R. Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population. *Eur Heart J.* 2008; 30(4):436-43.
17. Wexler DJ, Grant RW, Wittenberg E, Bosch JL, Cagliero E, Delahanty L, et al. Correlates of health-related quality of life in type 2 diabetes. *Diabetologia.* 2006;49(7):1489-97.
18. Oliva J, Fernández-Bolaños A, Hidalgo Á. Health-related quality of life in diabetic people with different vascular risk. *BMC Public Health.* 2012; 12(1):812.
19. Fu AZ, Qiu Y, Radican L, Luo N. Marginal differences in health-related quality of life of diabetic patients with and without macrovascular comorbid conditions in the United States. *Qual Life Res.* 2011;20(6):825-32.
20. Mielck A, Vogelmann M, Leidl R. Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:58.
21. Carvalho MV de, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCBV. The Influence of Hypertension on Quality of Life. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(2):164-74.
22. Díaz-Tapia V, Gana J, Sobarzo M, Jaramillo-Muñoz A, Illanes-Díez S. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral isquémico. *Rev Neurol.* 2008;46(11):652-5.
23. Delgado CEY, Jaramillo MM, Orozco BO, Santaella MC, Núñez JY, Muñoz JL, et al. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante de una muestra aleatoria de dos aseguradoras en salud. Medellín, Colombia, 2008. *Nefrología.* 2009;29(6):548-56.
24. Varela Tabares DC, others. Factores asociados a calidad de vida en pacientes de hemodiálisis incidentes y prevalentes. 2013 [citado 2 de marzo de 2015]; Recuperado a partir de: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/4446>
25. Saboya PMHP, Zimmermann PR, Bodanese LC. Association between Anxiety or Depressive Symptoms and Arterial Hypertension, and Their Impact on the Quality of Life. *Int J Psychiatry Med.* 2010;40(3):307-20.