

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE SALUD  
EN PACIENTES QUE CURSAN CON INSUFICIENCIA CARDIACA  
ASOCIADA A HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SUS COMPETENCIAS  
DE AUTOCUIDADO, HCRV, ENERO 2003- OCTUBRE 2004”.**

Tesis presentada como parte  
de los requisitos para optar  
al grado de Licenciado en  
Enfermería.

**ALEJANDRA VERÓNICA RAMOS VEGA  
VALDIVIA  
2005**

**Profesor Patrocinante:**

Nombre: Ana Luisa Cisternas Muñoz.

Profesión: Enfermera Universitaria, experta en Gerontología.

Grados: Magíster en Gerontología.

Doctora en Gerontología.

Magíster en Entornos Virtuales Educativos.

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina.

Firma:

**Profesores Informantes:**

1.-Nombre: Beate Messing Grube

Profesión: Enfermera Universitaria.

Grados: Especialista en Enfermería en Salud Familiar.

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina.

Firma:

2.-Nombre: Ana Reckmann

Profesión: Enfermero.

Grados: Magíster en Salud Pública con énfasis en Nutrición y Materno Infantil.

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina.

Firma:

Fecha de Examen de Grado: 04 de Mayo de 2005.

“A Dios, por tener lindos planes para mi”

“A mis padres, por su esfuerzo y preocupación para que pudiera cumplir mis metas”

“A mis Hermanos, por acompañarme en la aventura de crecer”

“A Marcos, por su apoyo, por darme ánimo para seguir en los momentos difíciles, por su compañía, su amistad sincera y por que la vida no es lo mismo sin ti...”

“A mis amigas, por todos los momentos vividos y los que viviremos...”

## INDICE

	<b>Págs.</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>3</b>
<b>MARCO TEORICO</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>10</b>
<b>MATERIAL Y METODO</b>	<b>11</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>16</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>32</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>37</b>
<b>PROYECCIONES</b>	<b>39</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>41</b>

## **RESUMEN**

En Chile, las enfermedades cardíacas son la primera causa de muerte de la población adulta, y dentro de ellas, la insuficiencia cardíaca se destaca como una enfermedad con tendencia al alza, al igual que el resto de las patologías crónicas.

El medir la Calidad de Vida de los pacientes Insuficientes Cardíacos e Hipertensos, nos permite evidenciar en que medida y que dimensiones de su vida se afectan, al padecer al menos 2 patologías crónicas y usar esta información para mejorar las intervenciones del equipo de salud y en especial de Enfermería, en las áreas que el paciente así lo requiera.

El objetivo de esta investigación es determinar la percepción de Calidad de Vida, Estado de Salud y Competencias de Autocuidado de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión arterial, hospitalizados en el servicio de Medicina Adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia, entre enero 2003 y octubre 2004.

El diseño metodológico es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, no experimental. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario de Salud SF-36 de la OPS, el cual proporciona un perfil del estado de salud del paciente, abarcando 8 dimensiones, y cuya confiabilidad, validez y sensibilidad para medir el estado de salud de poblaciones con problemas cardíacos ha sido descrita recientemente en otros estudios.

Finalmente se concluyó que si bien los pacientes refieren que su estado de salud es Malo, ya que asocian la salud con el estado físico y su limitación en esta área, logran adaptarse en su vida diaria y llegan a considerar que su percepción de Calidad de Vida es Buena. En general la población encuestada cumple con los requisitos de autocuidado, siendo mejorable el aspecto de la incorporación de los cuidados de la enfermedad a la vida diaria, ya que es la actitud que denota en forma práctica la conciencia y compromiso con el control de las patologías y el restablecimiento del mejor nivel de salud.

## SUMMARY

In Chile, heart diseases are the main cause of death of to the adult population, and among them, cardiac insuficiency is a disease that infortunaly tends to increase, like the rest of the chronic pathologies.

Measuring the Quality of Life of patient with Cardiac Insuficiency and Hipertension, allows us to appreciate how much and in which dimensions their lives, they are affected, as they have at least 2 chronic pathologies, and to use this information to improve the interventions of the health team and specially of Nursing, within the areas in which the patient requires it.

The purpose of this research is to determine the perception of the Quality of Life, Health Status and the self-care competence of patient with cardiac insuficiency and hipertension who are hospitalized at the Adult Medicine Ward of the Regional Hospital in Valdivia, between January 2003 and October 2004.

The methological design is quantitative, descriptive, transversal, and unexperimental. To collect datag, the health questionnaire SF-36 from PAHO was used, which offers a view of the health status of the patient exploring 8 dimensions and whose confiability, validity, sensibility to measure the health status of populations with heart problems has been described in other studies.

Finally, it was concluded that the patients refer their condition as bad, because they associate with physical condition and its limitation in this area. They can adapt to daily lives then they reach the perception of own quality of life is good. In general, the surveyed population has the capacity of self-control, the aspects of incorporation of care for the disease to daily life, being improvable because it is this attietde that shows conscience and compromise with the disease control and recovery of the best health level in practice.

## INTRODUCCIÓN:

Los sistemas de salud cambian constantemente a la par con las necesidades de la sociedad y las expectativas de la población. Los cambios demográficos, el aumento de las enfermedades crónicas, el mayor énfasis en los factores económicos y los avances de la tecnología han cambiado la importancia que se da a diversos aspectos de la atención de salud y de la enfermería.

Así, en nuestro país, las enfermedades cardíacas son la principal causa de muerte en la población adulta, con un 28% para el año 2001 (Ministerio de Salud, 2001), las cuales aumentan a mayor edad de la población, lo que coincide con el proceso de envejecimiento que vive la población chilena. Dentro de éstas, la insuficiencia cardíaca destaca como una enfermedad crónica, que muestra un alto número de muertes, con un porcentaje relativo al total de defunciones para el año 1994 de 1,8%.

Puesto que la mayor parte de los problemas de salud presentes hoy en día son de naturaleza crónica, muchas personas están aprendiendo a proteger y mantener toda la salud posible dentro de los límites de estas enfermedades. En este período, donde se da importancia a los logros y la buena salud, es fundamental identificar cómo estas enfermedades, en este caso la insuficiencia cardíaca asociada a hipertensión arterial afectan a los individuos y su calidad de vida, y de esta forma entender el por qué de sus comportamientos.

Este estudio está motivado por la gran importancia en la proporción de muertes que se producen por enfermedades cardíacas en la población adulta y por la inquietud de determinar si las acciones en salud logran proporcionar a los individuos de manera directa o indirecta las competencias básicas con las que este paciente debe manejar un adecuado autocuidado y qué dificultades refiere para su cumplimiento, lo cual lo hace proclive al avance de la enfermedad.

## MARCO TEORICO.

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde hace muchos años. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a crecer en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. Es por esto que “calidad de vida”, como concepto, es de definición imprecisa y puede dársele múltiples interpretaciones.

La calidad de vida debe entenderse como una construcción compleja y multifactorial, aunque es un concepto principalmente valorativo, que tiene una doble dimensión: la objetiva y la subjetiva. El aspecto objetivo se refiere a las condiciones sociales y a las circunstancias externas en que la persona se desarrolla (ingresos económicos, nivel de vida, estado de salud, relación familiar y social) junto con las destrezas personales que el sujeto posee, para interactuar con el entorno (inteligencia, conocimiento, influencia sobre el resto, etc).

El aspecto subjetivo esta dado por el grado de satisfacción del individuo y por la percepción que tenga de sus condiciones de vida (vivienda, círculo de amigos, a tradiciones, etc.), lo cual se traduce en percepciones positivas o negativas sobre diversos aspectos. Es entonces, el sentimiento del sujeto frente a las cosas o situaciones.

Para analizar la calidad de vida de una sociedad, se debe considerar el establecimiento previo de un estándar colectivo, que es válido para el momento y contexto específico en que se establezca.

Es innegable que, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida de las personas, variando con ello los patrones de enfermedad, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas, las cuales se manifiestan en edades tardías. Ello ha puesto en discusión la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente, las consecuencias que provoca la enfermedad sobre su bienestar físico, emocional y social.

Así, la OMS define calidad de vida como “la percepción de un individuo de su posición en la cultura y sistema de valores en que vive en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones”.



Una de las mayores aspiraciones de los seres humanos es vivir más y con mayor bienestar. Es importante destacar que usualmente se asocia el bienestar al estado de salud. Por eso la salud no sólo debe estar referida a la prolongación de la vida, sino al mantenimiento y mejora de su calidad.

El concepto de Salud ha sido definido por la OMS como "No sólo la ausencia de enfermedad o padecimiento, sino también el estado de bienestar físico, mental y social", aunque este no considera que la salud es un proceso dinámico, y que una persona no está nunca completamente sana o enferma. Así, quienes padecen enfermedades crónicas no son considerados por esta definición y es posible que ellas alcancen un alto grado de bienestar si controlan su enfermedad de base.

Dentro de la población chilena, las enfermedades cardiovasculares lideran las estadísticas de mortalidad, así el año 2001 se registraron 3.208 muertes debido a enfermedades cardíacas, excluyendo el infarto y las patologías isquémicas y específicamente en el Servicio de Salud Valdivia se registraron 62 muertes ( Ministerio de Salud;2001).

Dentro de las enfermedades cardíacas la insuficiencia cardíaca aparece con mayor frecuencia a mayor edad y se presenta con más frecuencia en el último tiempo. Así también, dentro de los países desarrollados la insuficiencia cardíaca afecta al 1 a 2 % de la población, representando el diagnóstico de alta hospitalaria más frecuente (Brunner; 2002).

La insuficiencia cardíaca se define como "la incapacidad del corazón para bombear la cantidad suficiente de sangre que satisfaga las demandas celulares de oxígeno y nutrientes" (Brunner; 2002) comprendiendo la falla de los hemicardios derecho e izquierdo.

La insuficiencia cardíaca se puede definir desde 3 puntos de vistas:

Clínico: Síndrome acompañado de signos y síntomas secundarios al fracaso del corazón como bomba.

Hemodinámico: Estado fisiopatológico en que el corazón es incapaz de mantener el volumen / minuto adecuado a las necesidades de los tejidos con los valores de presión de llenado de las cavidades aumentadas: presión aurícula izquierda de superior 12 mm Hg., el retorno venoso y volumen circulante también están aumentados.

Bioquímico metabólico: Impotencia del corazón para poder transformar la energía química en mecánica.

Así, en la Insuficiencia Cardíaca Izquierda, ocurre congestión pulmonar cuando el ventrículo izquierdo no puede bombear sangre hacia el exterior de la cámara.

Las manifestaciones clínicas de congestión venosa pulmonar incluyen:

- ◆ disnea o dificultad para respirar ( con actividad mínima o incluso en reposo) tos (seca o productiva, pero se describe en la mayoría de los casos es un esputo espumoso abundante teñido con sangre)
- ◆ estertores subcrepitantes
- ◆ niveles de saturación de oxígeno menores de lo normal (producto de que el líquido que se acumula en los pulmones interfiere con el intercambio gaseoso).
- ◆ ortopnea.
- ◆ inquietud y ansiedad (debido a la falta de oxígeno y a medida que aumenta la ansiedad, también aumenta la disnea, lo que promueve la ansiedad y crea un círculo vicioso).
- ◆ piel pálida, fría y pegajosa.
- ◆ palpitaciones.
- ◆ fatiga.

Dados estos síntomas, es indiscutible el efecto sobre la sensación de bienestar de los pacientes, lo invalidado que puede llegar a sentirse, y sobre su percepción de condición de salud si la enfermedad no se controla adecuadamente.

El siguiente cuadro muestra la clasificación de la New York Heart Association (NYHA) de la Insuficiencia Cardíaca.

Clasificación	Síntomas	Pronóstico
I	La actividad física ordinaria no causa fatiga extrema, disnea, palpitaciones o dolor torácico. No hay congestión pulmonar o hipotensión periférica. Se considera que el paciente es asintomático. Por lo general no hay limitaciones en actividades cotidianas.	Bueno
II	Ligeras limitaciones a las actividades cotidianas. El paciente no informa síntomas en reposo, pero el incremento de la actividad física causa síntomas. Puede detectarse estertores vacilantes y soplo S3.	Bueno
III	Limitación importante a las actividades cotidianas.	Regular

	La persona se siente cómoda en reposo pero la actividad más leve causa síntomas.	
IV	Síntomas de insuficiencia cardiaca en reposo.	Malo

Diversas investigaciones han comprobado, que una de las alteraciones que con mayor frecuencia condicionan la insuficiencia cardiaca, es la hipertensión arterial. Así, esta alteración que se define como una presión sistólica mayor de 140 mmHg y una presión diastólica mayor de 90 mmHg por un período prolongado (Brunner; 2002).

Dentro de los factores de riesgo de la hipertensión se encuentran:

- ◆ Edad ( a mayor edad, mayor riesgo)
- ◆ Antecedentes familiares (mórbidos y/o hábitos)
- ◆ Obesidad
- ◆ Estilo de vida sedentario
- ◆ Consumo de sodio en la dieta.

Dentro del tratamiento médico de la hipertensión, el objetivo es prevenir la muerte y las complicaciones al disminuir y mantener la presión arterial a 140/90 mmHg o menos y dentro de este, el plan terapéutico comprende acciones de dos tipos:

- ◆ Tratamiento no farmacológico:

Reducción de peso (Si es necesario).

Limitar el consumo de alcohol.

Reducir el consumo de sodio.

Mantener un consumo adecuado de calcio y potasio en la dieta.

Reducir el consumo de grasa y aceites, prefiriendo las fibras, verduras y carnes blancas.

Dejar de fumar.

Relajación y terapia psicológica.

- ◆ Tratamiento farmacológico: donde se incluyen:

Diuréticos.

Bloqueadores alfa y beta.

Antagonistas del calcio.

Vasodilatadores.

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

Entonces, como puede observarse, las primeras medidas están destinadas a modificar el estilo de vida de las personas, y en algunos pacientes es suficiente para manejar niveles de presión arterial adecuados, pero en los demás se necesita una combinación de estas medidas más apoyo farmacológico. En ambos casos se requiere un compromiso hacia el tratamiento para lograr la adhesión a largo plazo y el éxito deseado. Esto implica la concientización de los pacientes sobre los beneficios que tiene control de la presión y trabajar en conjunto con ellos para alcanzar su bienestar.

En cuanto a la naturaleza del hombre Orem describe que “Un individuo puede decidir por cualquier razón, no iniciar la conducta de autocuidado cuando es necesaria. Las razones incluyen ansiedad, temor u otras prioridades”(Orem, 1993), lo cual puede limitarlo en sus actividades diarias o en el inicio de su proceso de autocuidado por razones de tipo psicológico, lo que retrasaría su mejoría y el reinicio de sus actividades habituales .

Desde la perspectiva de Enfermería, Orem define el objetivo de la enfermería como: “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. También hace referencia a que “La enfermedad reciente o crónica , o la experimentación de un trauma emocional pueden requerir que la persona emprenda nuevas medidas para cuidarse a si misma o solicitar la ayuda de otros” (Orem, 1993), lo cual incluye al equipo de salud y a la red social del paciente como medio para adquirir conocimientos y lograr un cambio positivo hacia una mejor condición de salud.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo con la finalidad de la promoción de la salud. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los pacientes en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Esto conlleva acciones de enfermería para incrementar el conocimiento de los pacientes y de la población en general sobre conductas que favorecen el autocuidado, motivándolos al cambio de comportamiento, y haciendo una evaluación en el tiempo de que permita identificar cuales son los factores que afectan positiva o negativamente este proceso y modificarlos. Orem define un grupo de requisitos de autocuidado en la desviación de de la salud, donde la principal premisa de los requisitos es que los cambios en el estado de salud requieren

que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando el sea incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado en salud.

El autocuidado es fundamental en el tratamiento del paciente que sufre de insuficiencia cardiaca asociada a hipertensión, ya que se deben modificar uno o varios hábitos, además de seguir múltiples indicaciones médicas para mantener controlada la enfermedad y lograr niveles de calidad de vida aceptables. También es necesario establecer si el paciente que es dado de alta de un servicio hospitalario, posee las competencias mínimas para su autocuidado en el hogar, evitando así la progresión de la enfermedad y el deterioro de su bienestar, por lo cual junto con estudiar la percepción de su calidad de vida y su salud, también es importante determinar si tiene las herramientas mínimas para el autocuidado.

Se compararán los resultados obtenidos sobre calidad de vida de esta investigación con la calidad de vida de los pacientes con IAM chilenos (Burgos, Cisternas, 2003) y con la percepción de calidad de vida de los pacientes con IAM españoles (Regidor, 1998), dado que las tres son patologías cardiacas los estudios son recientes.

## **OBJETIVO GENERAL.**

1. Determinar la percepción de calidad de vida, estado de salud y competencias de autocuidado de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Arterial del Hospital Clínico Regional Valdivia.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Describir las limitaciones de los pacientes en su vida diaria, acorde a las categorías del instrumento SF-36.
2. Establecer las competencias que un paciente con Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Arterial posee para realizar las actividades de autocuidado en el hogar.
3. Establecer relaciones entre la percepción de calidad de vida y los diferentes aspectos sociodemográficos de la población.

## **MATERIAL Y METODO.**

Tipo de estudio:

El estudio realizado corresponde a una investigación cuantitativa, descriptiva, transversal, no experimental.

### **POBLACION EN ESTUDIO:**

Para la selección de la muestra se consideró un grupo de pacientes que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

- a) Pacientes con diagnóstico médico de Insuficiencia Cardíaca asociado a hipertensión arterial.
- b) Edad entre 45 y 65 años.
- c) Residencia actual en la ciudad de Valdivia.
- d) Haber presentado hospitalización en el Servicio de Medicina del HBRV, durante el período Enero del 2003 a Octubre del 2004.

Criterios de exclusión:

- a) Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- b) Pacientes a los cuales no sea posible contactar.

En esta investigación se trabajó con el universo de la población en estudio, la cual fue de 21 pacientes, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

### **RECOLECCION DE DATOS:**

Se realizó en forma directa, por medio de una entrevista personal en el domicilio de cada paciente, con una duración aproximada de 30 minutos.

Se aplicaron 3 instrumentos:

- ◆ El Cuestionario de Antecedentes personales.
- ◆ El cuestionario SF- 36
- ◆ El cuestionario competencias para el autocuidado.

Los datos de los instrumentos fueron llenados por el entrevistador durante las visitas al domicilio del paciente.

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado para el estudio de resultados médicos: Medical Outcome Study (MOS) por Ware y Sherbourne en 1992. El proceso de desarrollo y validación del cuestionario ha sido documentado en numerosos documentos.



### VARIABLES ESTUDIADAS:

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
Función Física	Capacidad para realizar actividades de la vida cotidianas.	0 a 25 = Malo 26 a 50 = Regular 51 a 75 = Bueno 76 a 100 = Excelente
Rol Físico	Desempeño laboral o de actividades diarias influenciado por la salud física.	0 a 25 = Malo 26 a 50 = Regular 51 a 75 = Bueno 76 a 100 = Excelente
Dolor Corporal	Presencia e influencia del dolor para el desempeño laboral o actividades diarias.	0 a 25 = Malo 26 a 50 = Regular 51 a 75 = Bueno 76 a 100 = Excelente
Salud General	Percepción de la salud corporal y su pronóstico a futuro.	0 a 25 = Malo 26 a 50 = Regular 51 a 75 = Bueno 76 a 100 = Excelente
Vitalidad	Percepción de entusiasmo y energía.	0 a 25 = Malo 26 a 50 = Regular 51 a 75 = Bueno 76 a 100 = Excelente
Función Social	Capacidad para realizar actividades sociales independientes de los problemas físicos o psicológicos.	0 a 25 = Malo 26 a 50 = Regular 51 a 75 = Bueno 76 a 100 = Excelente
Rol Emocional	Desempeño laboral o de actividades diarias influenciado por problemas emocionales.	0 a 25 = Malo 26 a 50 = Regular 51 a 75 = Bueno 76 a 100 = Excelente
Salud Mental	Percepción de paz y felicidad diaria.	0 a 25 = Malo 26 a 50 = Regular 51 a 75 = Bueno 76 a 100 = Excelente
Transición de salud	Percepción del estado de salud respecto al año pasado	0 a 25 = Malo 26 a 50 = Regular 51 a 75 = Bueno 76 a 100 = Excelente
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	01 Hombre 02 Mujer
Edad	Número de años cumplidos a	01 45 a 50 años

	la fecha.	02 51 a 55 años 03 56 a 60 años 04 61 a 65 años
Estado civil	Condición civil actual en relación a la pareja.	01 Soltero 02 Casado 03 Separado 04 Viudo 05 Conviviente
Nivel Educacional	Caudal de conocimientos adquiridos en relación a estudios cursados.	01 Analfabetos 02 Básica incompleta 03 Básica completa 04 Media incompleta 05 Media completa 06 Técnico o superior
Previsión	Sistema de salud al cual pertenece	01 Fonasa 02 Isapre 03 Otro
Ingreso Mensual	Cantidad de dinero con que se dispone en un mes	01 Sin ingresos 02 Menos de \$30.000 03 Entre \$30.000 y \$80.000 04 Más de \$80.000
Patologías Crónicas	Presencia de patologías crónicas exceptuando la insuficiencia cardiaca e hipertensión arterial.	01 Diabetes 02 Asma 03 Artritis 04 Reumatismo 05 Otra 06 No padece
Buscar ayuda medica apropiada cuando sea necesario	Acción de acudir a una consulta medica si su salud se deteriora	Siempre = Bueno A veces = Regular Nunca = Malo
Conciencia de los efectos negativos de la enfermedad	Notar los efectos negativos de la enfermedad sobre su salud y su vida	Mucho = Bueno Poco = Regular Ninguno = Malo
Asistencia a controles médicos	Acción de acudir a los controles médicos establecidos	Siempre = Bueno A veces = Regular Nunca = Malo
Autoaceptacion	Percepción de aceptación de uno mismo, con esta enfermedad	Si = Bueno No = Malo
Aprender a vivir con la enfermedad	Realizar acciones que incorporen los cuidados de la enfermedad a la vida diaria	Siempre = Bueno A veces = Regular Nunca = Malo

## PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS:

La tabulación de los datos se realizó manualmente, luego se utilizó la planilla Excel. El análisis fue realizado por la investigadora. La escala de puntuación del cuestionario SF-36 a aplicar se expresa en un rango del 0 al 100, reflejando el mayor puntaje la óptima percepción sobre calidad de vida y estado de salud. El cuestionario SF-36 detecta estados positivos como negativos de salud y cubre las áreas del estado funcional y el bienestar emocional de las personas, describiendo un total de ocho dimensiones: a) función física, b) rol físico c) dolor corporal, d) función social, e) salud mental, f) rol emocional, g) vitalidad y h) percepción del estado general de salud. Los ítems no contestados fueron ignorados al momento de calcular los puntajes.

El análisis e interpretación de los datos obtenidos se realizó para cada una de las dimensiones anteriormente descritas. El análisis estadístico de las variables en estudio, se realizó basándose en la aplicación de medidas de estadígrafos de posición como la moda y la mediana; pues estas reflejan los resultados más frecuentes y representativos para cada una de las dimensiones observadas no son tan sensibles a valores extremos lo que es fundamental ya que no se pueden comparar las percepciones de los distintos individuos en estudio. Los datos se presentaran a través de una tabla de distribución.

Cabe destacar la demora en la fecha de inicio para la aplicación de los instrumentos, ya que no se pudo acceder hasta finales de noviembre a los datos estadísticos para magnificar la población, se pudo acceder en noviembre a algunas fichas clínicas y muchas de las direcciones anotadas en el libro de ingreso de pacientes del servicio de Medicina Adulto eran erróneas, lo que sin duda constituyó un aspecto que interfirió negativamente en el desarrollo de esta investigación. Se hace imprescindible mejorar los registros de Enfermería en este aspecto, ya que para realizar un seguimiento de pacientes en su domicilio, esta información es vital, y al no contar con direcciones correctas, se hace un mal uso del tiempo que se dedica a la investigación.

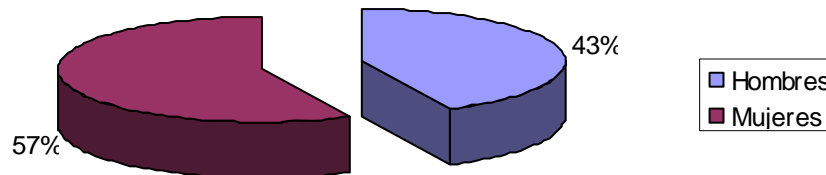
## RESULTADOS

A continuación se presentan los datos obtenidos a partir de la encuesta de antecedentes personales, el cuestionario de salud SF-36 y el cuestionario de competencias de autocuidado, los cuales fueron aplicados durante los meses de noviembre y diciembre a los pacientes Insuficientes cardiacos e Hipertensos, los cuales presentaron hospitalización por esa causa en el servicio de Medicina Adulto del HRBV, durante los años 2003 y 2004.

### IDENTIFICACION DE LA POBLACION EN ESTUDIO SEGUN ANTECEDENTES SOCIODEMOGRAFICOS.

#### *Gráfico n°1.*

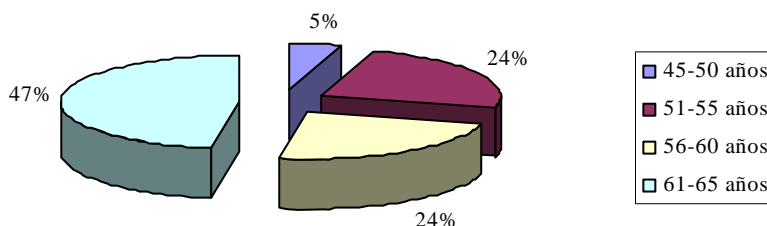
- **Distribución porcentual de los pacientes insuficientes cardiacos e hipertensos, hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, HCRV, según sexo años 2003-2004.**



La gráfica muestra que en la población encuestada, no existe una marcada diferencia entre el número de hombres y de mujeres. Del total de la población, un 57% corresponde a mujeres y un 43% corresponde a varones.

**Gráfico n°2.**

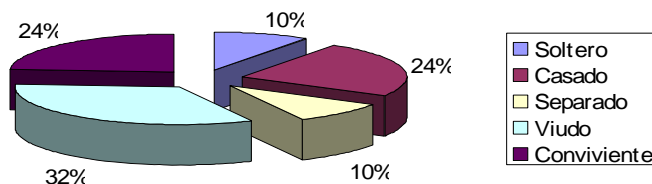
**- Distribución porcentual de los pacientes insuficientes cardiacos e hipertensos, hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, HCRV, según edad, años 2003-2004.**



Al analizar el gráfico se observa que del total de la población encuestada, el mayor porcentaje (95%) lo componen pacientes con edades entre 51 y 65 años, y sólo un 5% tiene edades entre 45 y 50 años.

**Gráfico n°3**

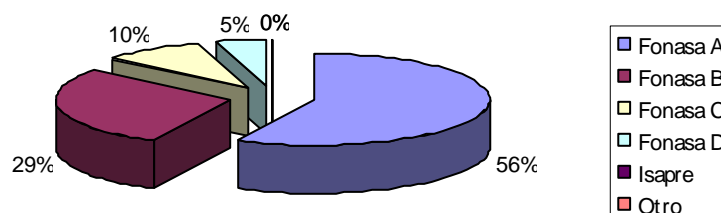
**- Distribución porcentual de los pacientes insuficientes cardiacos , asociado a hipertensión, hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, HCRV, según estado civil, años 2003-2004.**



En el gráfico se observa que en la población encuestada existe el mismo porcentaje de casados y convivientes, sumando un total entre ambos de 48%. El porcentaje de viudos es el mas alto por si solo, con un 32% y los solteros y separados presentan en conjunto un 20% , siendo los menos frecuentes.

**Gráfico n°4**

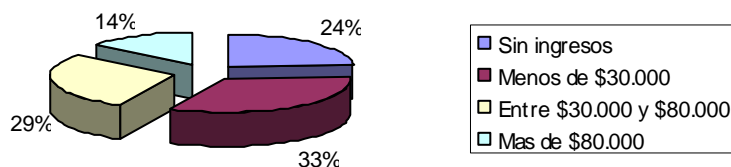
**-Distribución porcentual de los pacientes Insuficientes Cardiacos, asociado a Hipertensión Arterial, hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, HCRV, según previsión, años 2003-2004.**



En el siguiente gráfico se observa que el 100% de la población esta afiliada a FONASA, siendo dentro de esta el grupo A el más frecuente, con un 56%, seguida del grupo B con un 29%.

**Gráfico n°5**

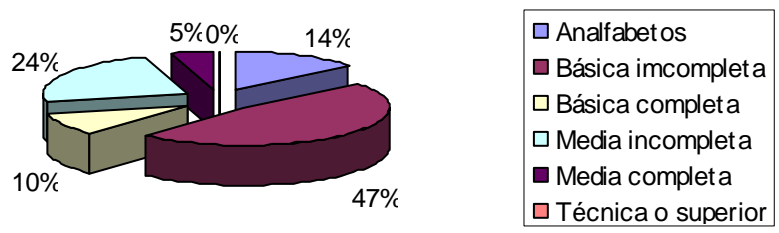
**-Distribución porcentual de los pacientes Insuficientes Cardiacos, asociado a Hipertensión Arterial, hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, HCRV, según ingreso mensual, años 2003-2004.**



En el siguiente gráfico puede apreciarse que un 57% de la población encuestada percibe un ingreso mensual menor a los \$30.000.

**Gráfico n°6**

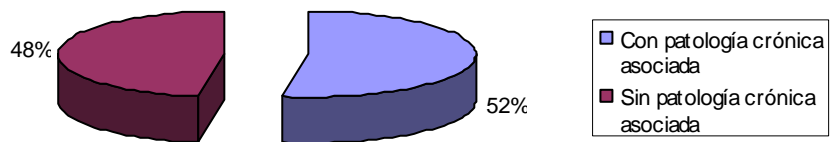
**- Distribución porcentual de los pacientes Insuficientes Cardiacos, asociado a Hipertensión Arterial, hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, HCRV, según grado de escolaridad, años 2003-2004.**



La siguiente gráfica muestra que la mayor parte de la población, es decir, un 61% no tiene terminada la educación básica .

**Gráfico n°7**

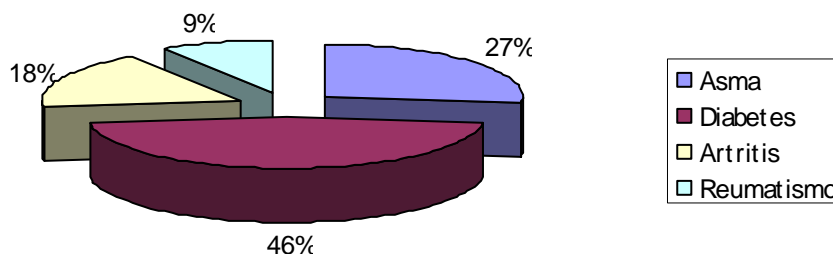
**-Distribución porcentual de los pacientes insuficientes cardiacos, asociado a hipertensión, hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, HCRV, según presencia de patologías crónicas asociadas , años 2003-2004.**



El siguiente gráfico se observa que más de la mitad de los encuestados (52%) padece alguna patología crónica además de insuficiencia cardíaca e hipertensión arterial.

**Gráfico n° 8**

**- Distribución porcentual de las patologías crónicas asociadas presentes en los pacientes Insuficientes Cardiacos e Hipertensos, hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, HCRV, años 2003-2004.**

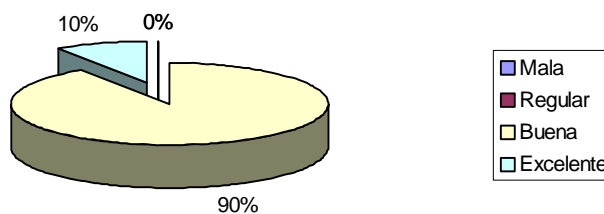


La siguiente gráfica muestra que la patología crónica asociada que con mayor frecuencia se presenta en la población encuestada, es la Diabetes, seguida en segundo lugar por el Asma.

**IDENTIFICACION DE LA POBLACION EN ESTUDIO SEGÚN EL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36.**

**Gráfico n°9**

**- Distribución porcentual de los pacientes Insuficientes Cardiacos, asociado a Hipertensión Arterial, hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, HCRV, según la percepción de su calidad de vida, años 2003-2004.**

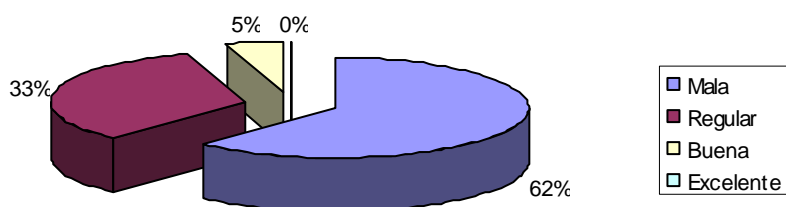


En el siguiente gráfico se observa que la mayor parte de la población encuestada (90%) percibe que su calidad de vida es Buena.



**Gráfico n° 10**

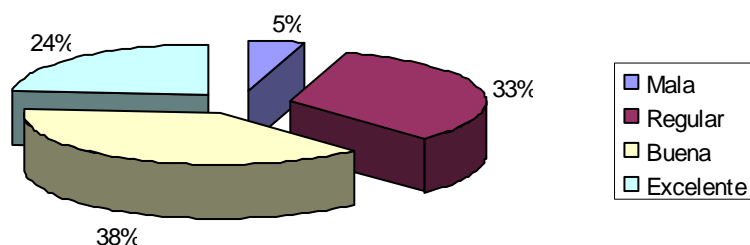
**-Distribución porcentual de los pacientes Insuficientes Cardiacos, asociado a Hipertensión Arterial, hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, HCRV, según la percepción de su estado de salud, años 2003-2004.**



El siguiente gráfico muestra que mas de la mitad de los encuestados (62%) percibe que su estado de salud como malo, seguido por un 38% que cree que es regular o buena.

**Gráfico n° 11**

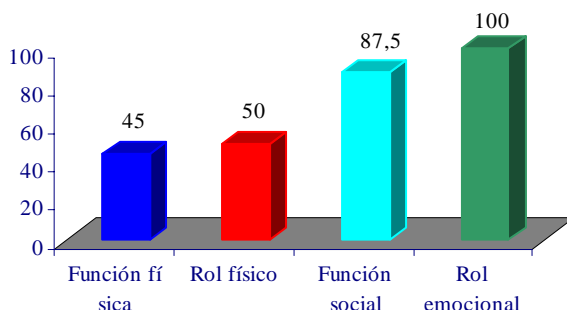
**- Distribución porcentual de los pacientes Insuficientes Cardiacos, asociado a Hipertensión Arterial, hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, HCRV, según la percepción de la transición de su estado de salud, años 2003-2004.**



En la gráfica se aprecia que el 71% de los encuestados cree que la transición de su estado de salud en comparación al año pasado es regular o buena. Se destaca que un 24% percibe que esta transición ha sido excelente y solo una minoría de la población cree que tal ha sido mala (5%).

**Gráfico n°12**

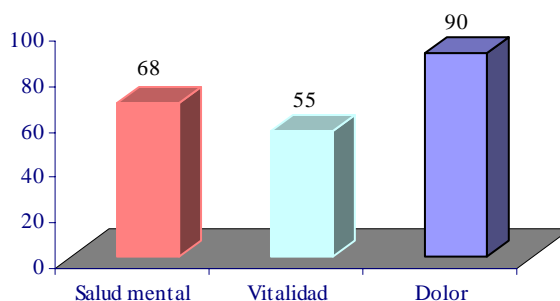
**- Mediana de las cuatro dimensiones que representan el Estado Funcional de los pacientes Insuficientes cardiacos e Hipertensos, hospitalizados en el servicio de Medicina Adulto del HCRV, años 2003-2004.**



En el siguiente gráfico se aprecia que de las cuatro dimensiones estudiadas, la función física, con una mediana de 45 (de 0 a 25 es malo, de 26 a 50 es regular, de 51 a 75 es bueno y de 76 a 100 es excelente), es la que afecta en forma mas negativa el estado funcional de los pacientes encuestados, aun estando en limites aceptables. Por otro lado el rol emocional es el mejor calificado en el estado funcional, con una mediana de 100.

**Gráfico n°13**

**- Mediana de las tres dimensiones que representan el Estado Emocional de los pacientes Insuficientes cardiacos e Hipertensos, hospitalizados en el servicio de Medicina Adulto del HCRV, años 2003-2004.**

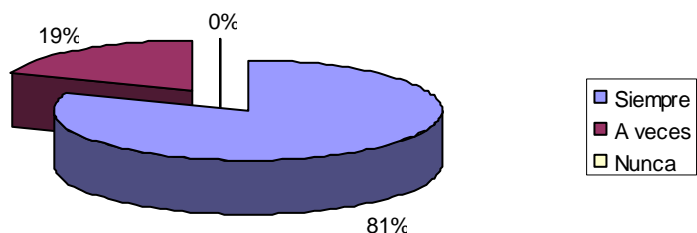


El siguiente gráfico muestra que dentro del estado emocional de los pacientes, la dimensión que se ve mas afectada es la vitalidad, la cual presenta una mediana de 55. El dolor (con una mediana de 90) es la dimensión que menos afecta su estado emocional.

## IDENTIFICACION DE LA POBLACION EN ESTUDIO SEGÚN CUESTIONARIO DE COMPETENCIAS DE AUTOCUIDADO.

### *Gráfico n°14*

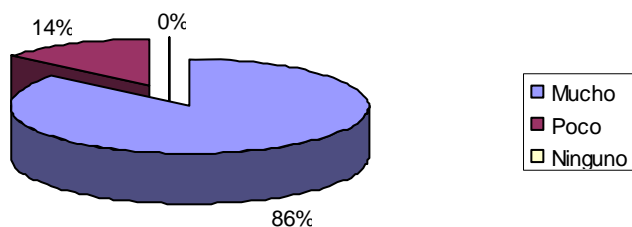
- Distribución porcentual de los pacientes Insuficientes Cardiacos, asociado a Hipertensión Arterial, hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, HCRV, según la frecuencia con que busca ayuda medica apropiada cuando su salud se deteriora, años 2003-2004.



En este gráfico se observa que la mayor parte de los encuestados (81%), busca siempre ayuda médica apropiada si su salud se deteriora, seguida de solo un 19% que busca este tipo de ayuda a veces.

### *Gráfico n°15*

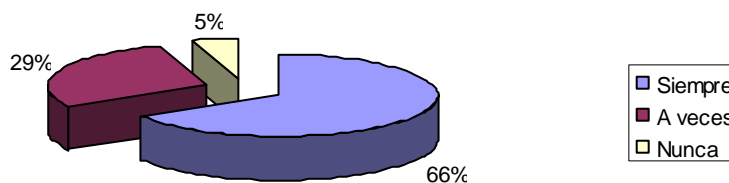
- Distribución porcentual de los pacientes Insuficientes Cardiacos, asociado a Hipertensión Arterial, hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, HCRV, según percepción de los efectos negativos de la enfermedad en su vida y su salud, años 2003-2004.



La siguiente gráfica muestra que la mayor parte de los encuestados percibe lo mucho que ha notado los efectos negativos de la Insuficiencia cardiaca e Hipertensión en su vida y su salud. Solo un 19% expresa que tal percepción ha sido poca.

**Gráfico n°16**

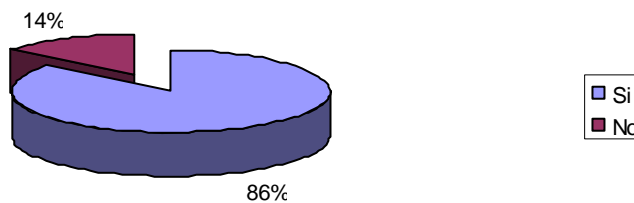
- **Distribución porcentual de los pacientes Insuficientes Cardiacos, asociado a Hipertensión Arterial, hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, HCRV, según asistencia a los controles de salud, años 2003-2004.**



La siguiente gráfica muestra la mayor parte de la población encuestada (66%) asiste siempre a los controles de salud. Cabe destacar que un 5% de los encuestados, no asistió a los controles de salud posteriores al alta.

**Gráfico n°17**

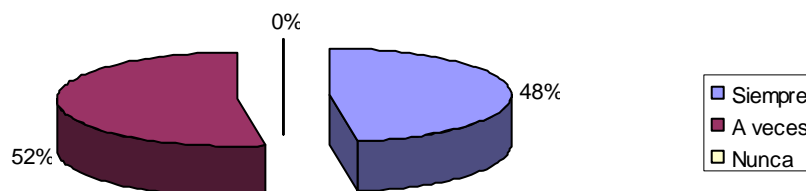
- **Distribución porcentual de los pacientes Insuficientes Cardiacos, asociado a Hipertensión Arterial, hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, HCRV, según autoaceptación con la enfermedad, años 2003-2004.**



En el siguiente gráfico se observa que la mayor parte de la población encuestada (86%), logra aceptarse con su patología cardiaca e hipertensión arterial. Solo una minoría de los encuestados (14%) refiere no lograr autoaceptación.

**Gráfico n°18**

**- Distribución porcentual de los pacientes Insuficientes Cardiacos e Hipertensos, hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, HCRV, según incorporación de cuidados de la enfermedad a la vida diaria, años 2003-2004.**



La siguiente gráfica muestra que más de la mitad (52%) de los encuestados refiere incorporar solo a veces a su vida diaria los cuidados de la enfermedad. Así el 48% restante refiere que lo hace siempre.

**Tabla n°1.**

**- Relación entre sexo y calidad de vida de los pacientes Insuficientes Cardiacos e Hipertensos encuestados, hospitalizados en el servicio de Medicina Adulto, HCRV, años 2003-2004.**

<b>Sexo</b>	<b>Calidad de vida (Mediana)</b>
Hombres	66.4
Mujeres	59.2

En la tabla se observa que dentro de los encuestados, los hombres tienen una mejor percepción de calidad de vida que las mujeres.

**Tabla n° 2**

**- Relación entre calidad de vida y edad de los pacientes Insuficientes Cardiacos e Hipertensos, hospitalizados en el servicio de Medicina Adulto, HCRV, años 2003-2004.**

<b>Edad</b>	<b>Calidad de vida (Mediana)</b>
45 a 50 años	68.7
51 a 55 años	66.4
56 a 60 años	66.1
61 a 65 años	62.7

La siguiente tabla muestra que, el grupo de edad entre 45 y 50 años percibe una mejor calidad de vida que el resto de la población. Si bien la diferencia es baja con los grupos con edades hasta 60 años, los mayores de 61 años marcan 4 puntos de diferencia respecto al grupo anterior.

**Tabla n°3.**

**- Relación entre calidad de vida y estado civil de los pacientes Insuficientes Cardiacos e Hipertensos encuestados, hospitalizados en el servicio de Medicina Adulto, HCRV, años 2003-2004.**

<b>Estado civil</b>	<b>Calidad de vida (Mediana)</b>
Conviviente	72.8
Casado	66.1
Separado	59.9
Viudo	57.2
Soltero	51.9

La siguiente tabla muestra que los encuestados que están casados o conviven perciben una mejor calidad de vida que los solteros, separados y viudos.

**Tabla n°4.**

**- Relación entre calidad de vida y nivel educacional de los pacientes Insuficientes Cardiacos e Hipertensos encuestados, hospitalizados en el servicio de Medicina Adulto, HCRV, años 2003-2004**

<b>Nivel educacional</b>	<b>Calidad de vida (Mediana)</b>
Analfabeto	54.2
Básica incompleta	62
Básica completa	66.3
Media incompleta	72.6
Media completa	78.1

En la siguiente tabla se puede apreciar que a mayor nivel educacional, es mayor la percepción de calidad de vida. Dentro de la población cabe destacar que los encuestados con enseñanza media completa son los únicos que perciben la calidad de vida como Excelente (mediana entre 76 y 100).

**Tabla n°5.**

**- Relación entre calidad de vida e ingreso mensual de los pacientes Insuficientes Cardiacos e Hipertensos encuestados, hospitalizados en el servicio de Medicina Adulto, HCRV, años 2003-2004.**

<b>Ingreso Mensual</b>	<b>Calidad de vida (Mediana)</b>
Sin ingresos	52.5
Menos de \$30.000	61.9
Entre \$30.000 y \$80.000	66.8
Mas de \$80.000	77.6

Al observar la tabla se aprecia que la percepción de calidad de vida es directamente proporcional a la cantidad de ingresos económicos percibidos mensualmente. Cabe destacar que los encuestados que no tienen ingresos propios perciben como Buena su calidad de vida (mediana entre 50 y 76)

**Tabla n°6.**

**- Relación entre calidad de vida y presencia de patologías crónicas asociadas de los pacientes Insuficientes Cardiacos e Hipertensos encuestados, hospitalizados en el servicio de Medicina Adulto, HCRV, años 2003-2004.**

<b>Patología</b>	<b>Calidad de vida (Mediana)</b>
Con patología crónica asociada	57.2
Sin patología crónica asociada	67.5

La siguiente tabla muestra que la calidad de vida de los encuestados con patologías crónicas asociadas, es menor que la calidad de vida de los que no las padecen.

**Tabla n°7.**

**- Relación entre calidad de vida y frecuencia de búsqueda de ayuda médica apropiada ante alteración de su salud de los pacientes Insuficientes Cardiacos e Hipertensos encuestados, hospitalizados en el servicio de Medicina Adulto, HCRV, años 2003-2004.**

<b>Busca Ayuda Médica</b>	<b>Calidad de vida (Mediana)</b>
Siempre	66.1
A veces	55.3

Al observar la tabla se aprecia que dentro de la población encuestada, los pacientes que siempre buscan ayuda médica apropiada ante la alteración de su salud, perciben una mejor calidad de vida en relación a los que solo a veces buscan este tipo de ayuda.



**Tabla n°8.**

**- Relación entre calidad de vida y la percepción de los efectos negativos de la enfermedad en la vida y la salud de los pacientes Insuficientes Cardiacos e Hipertensos encuestados, hospitalizados en el servicio de Medicina Adulto, HCRV, años 2003-2004.**

<b>Percepción de efectos negativos</b>	<b>Calidad de vida (Mediana)</b>
Mucho	65.7
Poco	54.6

La siguiente tabla muestra que del total de los encuestados, los que han percibido mucho los efectos de la enfermedad en su vida y su salud, tienen una mejor calidad de vida que los que perciben poco tales efectos.

**Tabla n°9.**

**- Relación entre calidad de vida y la asistencia a los controles de salud de los pacientes Insuficientes Cardiacos e Hipertensos encuestados, hospitalizados en el servicio de Medicina Adulto, HCRV, años 2003-2004.**

<b>Asistencia a controles de salud</b>	<b>Calidad de vida (Mediana)</b>
Siempre	65.8
A veces	64
Nunca	56.3

Al observar la tabla se aprecia que del total de los encuestados, los que asisten siempre o a veces a los controles de salud, perciben una mejor calidad de vida que aquellos que nunca asisten a control.

**Tabla n°10.**

**- Relación entre calidad de vida y autoaceptación con la enfermedad, de los pacientes Insuficientes Cardiacos e Hipertensos encuestados, hospitalizados en el servicio de Medicina Adulto, HCRV, años 2003-2004.**

<b>Autoaceptacion</b>	<b>Calidad de vida (Mediana)</b>
Si	65.7
No	54.2

La siguiente tabla muestra que existe una mejor percepción de calidad de vida dentro de los encuestados que han logrado aceptarse con sus patologías.

**Tabla n°11.**

**- Relación entre calidad de vida e incorporación de los cuidados de la enfermedad a la vida diaria, de los pacientes Insuficientes Cardiacos e Hipertensos encuestados, hospitalizados en el servicio de Medicina Adulto, HCRV, años 2003-2004.**

<b>Incorporación de cuidados</b>	<b>Calidad de vida (Mediana)</b>
Siempre	66.2
A veces	56.3

La siguiente tabla muestra que los encuestados que han incorporado siempre a su vida diaria los cuidados de la enfermedad, perciben una mejor calidad de vida que los que han incorporado estos cuidados en forma esporádica.

**Tabla n° 12.**

**Comparación entre las dimensiones de Calidad de Vida de los pacientes Insuficientes Cardiacos e Hipertensos Chilenos y pacientes que han sufrido Infarto Agudo al Miocardio Chilenos y Españoles.**

<b>Dimensión de Calidad de Vida</b>	<b>Promedio Población IC. Chilena</b>	<b>Promedio Población IAM Chilena</b>	<b>Promedio Población IAM Española</b>
Función Física	40	54.5	63.1
Rol Físico	52.4	44.9	63.2
Dolor Corporal	82.9	59.1	59
Salud General	37.7	56.8	48.6
Vitalidad	52.6	50.2	53.1
Función Social	85.7	82	79.1
Rol emocional	90.4	56.5	73.2
Salud mental	66.8	63.1	63.5
Transición Estado de Salud	70.2	44	

En la siguiente tabla se aprecia que la población insuficiente cardiaca e hipertensa chilena, presenta sólo promedios más bajos en las dimensiones función física y rol físico respecto a los pacientes con IAM chilenos. En relación a la población española con IAM, los insuficientes cardiacos presentan promedios más bajos en las dimensiones función física, rol físico, salud general y vitalidad.

## DISCUSIÓN.

Una vez procesados los datos obtenidos, mediante la aplicación de los tres cuestionarios, se deduce que del universo de encuestados (21), 9 de ellos son hombres y 12 son mujeres. Esto coincide con los porcentajes arrojados en el CENSO del año 2002, donde se determinó que el porcentaje de hombres y mujeres en Chile es similar, con un 49,3% y un 50,7% respectivamente. Esto permite analizar la percepción de calidad de vida de la población total sin estar influenciada por el género de los encuestados.

En relación a la edad predominante del grupo encuestado, más de la mitad de ellos tiene entre 51 y 65 años, pertenecientes al grupo etáreo Adulto Medio, según Eric Erickson, ya que solo dos pacientes tienen 65 años de edad.

Al analizar la percepción de calidad de vida con la edad de los encuestados, esta es menor mientras mayor edad tenga el paciente.

En cuanto al estado civil, más de la mitad de la población (52.3%) no tiene pareja, o sea pertenecen a los separados, solteros o viudos, siendo el grupo de los viudos el que presenta mayor porcentaje por sí sólo (33.3%), lo que está directamente relacionado con una mayor edad de los encuestados. Al relacionar estado civil con percepción de calidad de vida, los encuestados que tienen pareja perciben una mejor calidad de vida que los que están solos.

En cuanto al nivel educacional, si bien la mayor parte de la población, (86%) tiene algún grado de escolaridad, destacándose como grupo predominante 61% los que no poseen educación y lo que tienen solo educación básica incompleta. Cabe destacar que si bien solo 3 personas de los encuestados son analfabetos, esto es un gran factor de riesgo para la salud ya que los limitaría al momento de la entrega de información y comprensión de esta, sobre todo en la relación a su cuidado en el hogar, lo que incluye medicación diaria para controlar la hipertensión arterial, y al no comprender cómo afecta la patología a su organismo, es posible que no pueda discriminar entre las acciones para favorecer su autocuidado.

Al evaluar la relación entre calidad de vida y nivel educacional, estas están directamente relacionadas en proporción, ya que la percepción de calidad de vida es mejor si mayor es el nivel educacional. Se destaca que la población analfabeta percibe como Buena su calidad de vida,

siendo esta la percepción más baja dentro de la población. Así los pacientes con educación técnico o superior perciben su calidad de vida como Excelente (mediana entre 76 y 100).

En relación al ingreso mensual de los encuestados, más de la mitad de la población recibe menos de \$30.000 o no tiene ingresos, lo que es altamente alarmante, ya que claramente es insuficiente para satisfacer sus necesidades básicas, por lo que deben depender en muchos casos del apoyo de familiares.

Al relacionar la calidad de vida con el ingreso mensual de los encuestados, se observa que son directamente proporcionales y se destaca que el porcentaje de la población que no tiene ingresos propios (24%), percibe su calidad de vida como Buena.

Más de la mitad de la población (52%) padece alguna patología crónica además de insuficiencia cardiaca e hipertensión arterial, siendo la más frecuente la Diabetes, seguida en segundo lugar por el Asma.

La relación entre calidad de vida y la presencia de patologías crónicas asociadas, muestra que la percepción de calidad de vida es mejor si no se padecen tales patologías.

En cuanto a los resultados del cuestionario de salud SF-36, el cual valora la percepción de calidad de vida de los encuestados, abarcando 8 dimensiones ( función física, rol físico, función social, vitalidad, dolor corporal y salud general ), además de la transición del estado de salud en comparación con el año anterior, se destaca que, si bien al ser consultados por su estado de salud actual , mas de la mitad de los encuestados percibe su salud como Mala , casi la totalidad percibe como Buena su calidad de vida (90%), y el porcentaje restante considera que es Excelente, lo que indica que en general y a pesar de tener al menos dos patologías crónicas , y encontrarse limitados en parte física, logran adaptarse en su vida diaria y llegan a considerar en general un nivel de vida superior al aceptable.

En relación a la **Transición del Estado de Salud** en comparación con el año anterior, más de la mitad de la población encuestada percibe que tal transición ha sido positiva, calificándose como Regular con una mediana de 75, lo que indica un cambio positivo y esperanzador en su control de la enfermedad.

En cuanto a la **Función Física** dentro de la percepción de calidad de vida, esta es la que se observa más afectada dentro del Estado funcional de los encuestados, presentando una mediana de 45, lo cual indica que su capacidad para realizar actividades diarias es Regular (por debajo de los 50 de media esperada como aceptable), siendo la salud física la que los limita para las actividades diarias, afectando su desempeño, ya sea aumentando el tiempo que dedican a realizar la mismo esfuerzo físico que antes y variando en gran medida el tipo de tareas a realizar, las cuales deben bastante más livianas, necesitando la ayuda de terceros en forma habitual para poder concluir o realizar muchas de ellas. Se destaca que del total de la población 5 personas perciben que su función física es Mala, lo cual los limita en forma considerable para desenvolverse en actividades cotidianas.

En relación al **Rol Físico**, la mediana de la población es de 50, lo que indica que la limitación de su condición física en su desempeño diario los afecta de manera Regular, destacando coherencia con lo establecido para la función física, siendo después de esta la que obtiene el segundo resultado más bajo dentro del estado funcional del paciente.

Dentro del estado funcional, la **Función Social** se encuentra evaluada como Excelente, obteniendo una mediana de 87.5, indicando que la población encuestada tiene la capacidad de realizar sus actividades sociales normalmente a pesar de su estado de salud, lo que indica una gran capacidad de adaptación, y también puede considerarse una forma de distracción ante sus limitaciones físicas.

Dentro del **Rol Emocional**, la mediana de la población fue de 100 (lo cual se considera como Excelente, siendo calificado con el puntaje máximo), lo que refleja que los problemas emocionales no interfieren en el estado funcional de los pacientes. Se destaca que dentro de los encuestados, 3 refieren que su rol emocional es Regular, por lo que todos ellos han buscado ayuda psicológica profesional para mejorar esta situación, lo que demuestra la necesidad de adaptación ante esta situación y la búsqueda de una mejor situación general.

Dentro del **Estado Emocional**, se incluyen 3 dimensiones a evaluar: salud mental, vitalidad y dolor corporal.

La **Salud Mental** de la población encuestada presenta una mediana de 68, lo que indica que el estado psicológico de los pacientes es Bueno. Esto refleja que los pacientes en su mayoría se

sienten calmados y felices y logran resolver sus problemas como una manera de llevar una vida lo más normal posible.

En cuanto a la **Vitalidad** esta es la dimensión del estado emocional que se ve más afectada, aún logrando una mediana de 55, lo cual indica que es Buena. Aún así, 9 de los encuestados refiere sentirse cansado o agotado en forma frecuente, lo que se refuerza cuando 3 de esos pacientes refiere que su salud es Mala y los 6 restantes indican que es Regular.

La dimensión **Dolor Corporal** fue evaluada como Excelente con una mediana de 90, lo que indica que el dolor no es limitante para las actividades habituales, ya sean del hogar o laborales, sino su condición física. Se destaca que gran parte de la población refiere sentirse sobreprotegido por su familia al momento de realizar actividades físicas, que sin agotarse en muchas de ellas, están impedidos por sus familiares para realizarlas por temor a una descompensación.

En cuanto a la comparación entre la población insuficiente cardiaca e hipertensa chilena, y los pacientes que han padecido de IAM chilenos, los primeros presentan sólo promedios más bajos en las dimensiones función física y rol físico respecto a estos, lo cual es atribuible a que el episodio de IAM es agudo y la insuficiencia cardiaca es una patología crónica, la cual afecta en forma diaria la vida de los pacientes. En relación a la población española con IAM, los insuficientes cardiacos presentan promedios más bajos en las dimensiones función física, rol físico, salud general y vitalidad, lo que podría atribuirse a que en España la rehabilitación cardiovascular constituye una medida imprescindible de tratamiento y prevención secundaria de pacientes con enfermedades cardiovasculares, lo que difiere lamentablemente con la realidad chilena.

Al aplicar el cuestionario de competencias de autocuidado se observa que, los pacientes que buscan siempre ayuda medica apropiada cuando su salud se deteriora, perciben una mejor calidad de vida que aquellos que buscan solo a veces este tipo de ayuda, lo que indica que están en general alerta ante los cambios en su salud y avala lo descrito por Orem sobre la naturaleza del hombre al mencionar que la enfermedad crónica hace que la persona emprenda nuevas medidas para cuidar de si misma o solicite ayuda a otros.

También se reflejó que aquellos pacientes que han percibido mucho los efectos negativos de la enfermedad en su vida y su salud refieren una mejor percepción de calidad de vida que

aquellos que han percibido poco tales efectos, lo que demuestra que aquellos que son mas sensibles a los cambios en su salud y vida, han logrado realizar acciones que reestablezcan su nivel de salud.

Mientras más frecuente sea la asistencia a los controles de salud, se percibe una mejor calidad de vida y salud en general, lo que demuestra la preocupación por el control de las enfermedades crónicas en estos pacientes y el deseo del restablecimiento de niveles de normalidad en general.

Los pacientes que han logrado autoaceptación con la enfermedad, refieren mejor percepción de calidad de vida que aquellos que no lo han logrado. Cabe destacar que del total de la población solo 3 pacientes no alcanzan la aceptación de sus enfermedades, lo que en general indica que la gran mayoría logro adaptarse a esta nueva condición de salud.

Por último y como punto más importante dentro del autocuidado, más de la mitad de la población refiere incorporar sólo a veces a su vida diaria los cuidados que implican sus patologías crónicas, si bien el porcentaje restante indica que esa incorporación es permanente.

Al ser consultados por cual es el aspecto que es más difícil de cumplir en el autocuidado en el hogar, la mayor parte de los encuestados indica que es la dieta baja en sodio y las comidas bajas en grasas, lo que es preocupante ya que, si bien refieren otros esfuerzos por mejorar su situación de salud, la dieta es un aspecto importante para evitar una descompensación cardiaca y de la hipertensión arterial, lo que debe incluir mayor apoyo familiar para el logro de este objetivo. Los pacientes también refieren que ante un evento de descompensación, posterior al alta, la familia les ayuda a seguir con las indicaciones en forma metódica, pero que en el largo plazo se diluye y se pierde tal continuidad, lo que es difícil seguir en forma frecuente una dieta balanceada y baja en sodio, ya que la familia consume una dieta habitual.



## CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos de esta investigación se concluye que:

- Del total de la población estudiada, no existe gran diferencia entre el número de hombres y mujeres. En relación al estado civil, más de mitad de la población no tiene pareja, constituyendo el grupo de viudos, separados o solteros, los cuales tienen edades que fluctúan entre los 51 y 65 años.
- En relación al nivel educacional y económico, la mayor parte de la población tiene algún grado de escolaridad, siendo más numeroso el grupo que posee educación básica incompleta. Más de la mitad de la población percibe menos de \$30.000 o no tiene ingresos propios.
- El total de la población está afiliada a FONASA como sistema de salud, siendo el grupo predominante dentro de esta categoría A.
- Más de la mitad de la población presenta alguna patología crónica además de la insuficiencia cardíaca e hipertensión arterial, y dentro de ellas la más frecuente es la Diabetes, seguida en segundo lugar por el Asma.
- En relación con la percepción de Calidad de Vida, los resultados más bajos se encuentran en las dimensiones Función física, Vitalidad y Rol físico respectivamente. En cuanto a la función física, esto revela que los pacientes perciben su capacidad para desarrollar actividades cotidianas como Regular, lo cual afecta su Rol físico y que dentro del Estado funcional del paciente, se obtiene un individuo que no logra realizar todas las tareas físicas que desea, y se siente limitado por su salud.
- Dentro del Estado Emocional de los encuestados, la Vitalidad se aprecia afectada, ya que los pacientes refieren sentirse agotados y cansados en forma frecuente. En cuanto a la Salud Mental de la población, los individuos logran resolver sus problemas, logrando en su mayoría sentirse calmados y felices la mayor parte del tiempo. El Dolor no es limitante para el desarrollo de las actividades diarias.

- Se destaca que la población en general percibe su estado de Salud como Malo, y en contraste con esto, el índice de Calidad de Vida es Bueno, lo que indica que si bien la salud física afecta la percepción de salud general, estos pacientes han logrado adaptarse a sus limitaciones para sobrellevar de mejor manera su vida diaria.
  
- La transición en el Estado de Salud en comparación con el año anterior se considera positiva, siendo mejor que el año pasado.
  
- En cuanto la Función Social, los encuestados logran realizar sus actividades sociales con normalidad a pesar de su estado de salud. El Rol Emocional es el que obtuvo un puntaje máximo, lo que indica que los problemas emocionales no interfieren en el estado funcional del paciente.
  
- Evaluando las competencias de autocuidado de la población se deduce que, los pacientes que son persistentes en la búsqueda de ayuda médica si salud se deteriora, perciben mucho los cambios en su salud física y su vida, asisten siempre a los controles médicos, logran autoaceptación con la enfermedad e incorporan los cuidados de la enfermedad en la vida diaria, perciben mejores niveles de Calidad de Vida que los que no son constantes con estas acciones. En general la población encuestada cumple con los requisitos de autocuidado, siendo mejorable el aspecto de la incorporación de los cuidados de la enfermedad a la vida diaria, ya que es la actitud que denota en forma practica la conciencia y compromiso con el control de las patologías y el restablecimiento del mejor nivel de salud.

## **Proyecciones del Trabajo para Enfermería y la Salud de la Población.**

Dada la tendencia actual al aumento de las patologías crónicas dentro de la población, es importante realizar diversas investigaciones a fin de conocer este tipo de patologías desde todos sus ángulos. Así este estudio permite un acercamiento inicial a la población, la cual presenta insuficiencia cardiaca e hipertensión arterial para establecer cual es la percepción sobre su salud y determinar que dimensión de su vida se ve más afectada por estas enfermedades.

La práctica de enfermería en la comunidad se centra en promover y mantener la salud de la población y prevenir y minimizar la progresión de la enfermedad. Así, como primer paso el detectar si el paciente es conciente de su condición, y si tiene las herramientas para su autocuidado, nos permite objetivar en definitiva si el puede o no cumplir con las competencias para el autocuidado en el hogar, sirviendo como sugerencia para los profesionales de Enfermería para determinar en que forma facilitar el autocuidado.

Los resultados de esta investigación contribuyen específicamente a determinar que se hace necesaria la existencia de programas de rehabilitación cardiovascular, ya que el costo de las enfermedades cardiacas es alto y lo seguirá siendo si no se invierte en la prevención y control estricto de las patologías cardiacas, manteniendo así altos niveles de rehospitalización por descompensación, lo cual sugiere un mal manejo de los recursos en salud y un desfase en relación con las políticas impulsadas por el Ministerio de Salud, las cuales promueven la promoción y prevención.

Así también, esta información sirve como base para adaptar programas educativos tanto intra como extrahospitalarios de acuerdo a las necesidades de estos pacientes, como el Programa del Adulto Mayor, al cual pueden incorporarse talleres con ejercicios físicos dirigidos, dieta saludable y manejo del estrés entre otros, reforzando el rol educativo de Enfermería en el nivel primario de la atención.

Así, al conocer entonces más acerca de este tipo de patologías, podremos establecer el tipo de ayuda que los pacientes y sus familias necesitan para brindar una atención de calidad.

## BIBLIOGRAFIA

BRUNNER; SUDDARTH.2002.Manual de Enfermería Médico Quirúrgica. 9 ed. México, Editorial Interamericana. p 605-823.

BURGOS FRANCISCA, CISTERNAS ALEJANDRA 2003. “Calidad de vida y percepción de Estado de Salud de pacientes con Infarto Agudo de Miocardio”. Valdivia .Chile. Universidad Austral de Chile.

CAVANAGH, S.1993.Modelo de Orem. España. Ediciones Científicas y Técnicas S.A.

HARRISON.1998. Principios de Medicina Interna.14 ed. México, Editorial Interamericana. p 1471-1483.

ROJAS, F.2000. Enfermedades del Corazón y los Vasos. 3 ed. Chile, Editorial Mediterráneo.

LIRA, M.2002. Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardiovascular; Intervención de Enfermería fase 1. en Revista Chilena de Cardiología, Vol. 21,nº 4.p 273-277.

MINISTERIO DE SALUD (CHILE). 2001. Estadísticas de Natalidad y Mortalidad 2001.Departamento de estadísticas e Información de Salud, Impreso por JEMBA S.A. p 165-174-194.

OREM D.1993 “Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Práctica” Masson-Salvat. Barcelona 423p

URIBE, P. 1992. Redacción de referencias bibliográficas en educación. Programa de Educación Continua. Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Austral de Chile. 26 p.

## ANEXO 1:

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tesis: “ Percepción de la Calidad de Vida y Estado de Salud de pacientes que cursan con Insuficiencia Cardiaca asociada a Hipertensión Arterial y sus competencias de autocuidado”.

Se me ha solicitado participar voluntariamente en el estudio “Percepción de la Calidad de Vida y Estado de Salud de pacientes que cursan con Insuficiencia Cardiaca asociada a Hipertensión Arterial y sus competencias de autocuidado”, realizado por la tesista Srta. Alejandra Ramos Vega, perteneciente a la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, cuyo objetivo es conocer la percepción de calidad de vida, estado de salud y las competencias de autocuidado de pacientes que cursan con insuficiencia cardiaca e hipertensión arterial.

YO \_\_\_\_\_,  
declaro que he sido informado(a) por la estudiante del objetivo del estudio y que al participar en el:

- ◆ Entiendo que no implica riesgos para mi salud, ni para mi familia.
- ◆ Que la información que proporcione es aquella que yo voluntariamente deseo expresar.
- ◆ Puedo hacer las preguntas que quiera acerca del trabajo y retirarme de el en el momento que estime conveniente.
- ◆ La información que aporte será tratada confidencialmente, resguardando mi identidad.
- ◆ Los resultados pueden ser publicados.

Para confirmar mi participación firmo el presente formulario que la Srta. Alejandra Ramos presentara si fuera necesario, solo si lo requiere para ratificar el carácter voluntario de mi participación.

\_\_\_\_\_  
Firma de la informante

\_\_\_\_\_  
Firma de la tesista

Fecha: \_\_\_\_\_

**ANEXO 2:**

**INSTRUMENTO SF-36**

Nombre:.....

**1.- En general usted diría que su salud es: (marque solo una alternativa)**

- Excelente 1
- Muy buena 2
- Buena 3
- Regular (+o-) 4
- Mala 5

**2.- Comparado con el año anterior, ¿cómo calificaría su salud ahora?**

- Mucho mejor ahora 1
- Algo mejor ahora 2
- Más o menos igual 3
- Algo peor ahora 4
- Mucho peor ahora 5

**3.-Las siguientes son actividades que UD. podría realizar durante un día normal. Su estado de salud actual ¿lo limita en estas actividades? ¿Cuánto? (marque un número en cada línea)**

	<b>Si, me limita mucho</b>	<b>Si, me limita un poco</b>	<b>No me limita para nada</b>
<b>a) Actividades intensas:</b> correr, levantar objetos pesados, deportes agotadores.	1	2	3
<b>b) Actividades moderadas:</b> mover muebles, barrer, lavar ropa a mano, bailar, andar en bicicleta.	1	2	3

c) levantar o llevar bolsas de las compras.	1	2	3
d) subir <b>varios</b> pisos por la escalera.	1	2	3
e) subir <b>un</b> piso por la escalera.	1	2	3
f) agacharse, arrodillarse.	1	2	3
g) caminar <b>más de un kilómetro.</b>	1	2	3
h) caminar <b>varias cuadras.</b>	1	2	3
i) caminar <b>una cuadra.</b>	1	2	3
j) bañarse o vestirse sola.	1	2	3

4.- Durante las últimas 4 semanas, ¿su salud física ha causado algunos problemas en su trabajo o actividades normales?

(Marque 1 número en cada línea)

	SI	NO
a) ha disminuido el <b>tiempo</b> que dedicaba a sus actividades.	1	2
b) <b>logra hacer menos</b> de lo que UD quisiera hacer.	1	2
c) se ha visto limitado en su <b>tipo</b> de trabajo o actividades.	1	2
d) ha tenido dificultades en realizar su trabajo o actividades.	1	2

5.- Durante las últimas 4 semanas, ¿el sentirse deprimido o ansioso le ha causado algún problema en su trabajo o actividades?

(Marque 1 número en cada línea)

	SI	NO
a) ha disminuido el <b>tiempo</b> que dedicaba a sus actividades.	1	2
b) <b>logra hacer menos</b> de lo que UD quisiera hacer.	1	2
c) realiza sus actividades <b>con menos cuidado</b> de lo usual.	1	2

**6.- Durante las últimas 4 semanas, ¿se han afectado sus actividades sociales (familia, amigos) a causa de su salud física o sentirse deprimido o ansioso? (Marque 1 número)**

Para nada	1
Ligeramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Mucho	5

**7.- Cuanto dolor físico ha sentido durante las últimas 4 semanas.**

(Marque 1 solo número)

Ninguno	1
Muy poco	2
Poco	3
Moderado	4
Mucho	5
Muchísimo	6

**8.- Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto ha dificultado el dolor sus actividades?**

(Marque una sola alternativa)

Nada	1
Un poco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremadamente	5



**9.- ¿Como se ha sentido durante las últimas 4 semanas?**

(Marque un número en cada línea)

	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
<b>a)</b> se ha sentido lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
<b>b)</b> ha estado muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
<b>c)</b> se ha sentido muy decaído?	1	2	3	4	5	6
<b>d)</b> se ha sentido calmado y en paz?	1	2	3	4	5	6
<b>e)</b> ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
<b>f)</b> se ha sentido apenado y triste?	1	2	3	4	5	6
<b>g)</b> se ha sentido agotado?	1	2	3	4	5	6
<b>h)</b> ha sido una persona feliz?	1	2	3	4	5	6
<b>i)</b> se ha sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

**10.-Durante las últimas 4 semanas, su salud física o el sentirse ansioso o apenado han dificultado sus actividades sociales? (Marque 1 solo número)**

- Todo el tiempo 1
- La mayor parte del tiempo 2
- Algunas veces 3
- Casi nunca 4
- Para nada 5

**11.- En las siguientes frases, elija la que más se acerque a su realidad:**

(Marque 1 número en cada línea)

	<b>Totalment e cierta</b>	<b>Bastante cierta</b>	<b>No se</b>	<b>Bastante falsa</b>	<b>Totalment e falsa</b>
a) me enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b) estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c) creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d) mi salud es excelente	1	2	3	4	5

### ANEXO 3:

#### CUESTIONARIO DE COMPETENCIAS DE AUTOCUIDADO

1. Cuando su salud se deteriora, UD. ¿busca ayuda médica apropiada?:

Siempre \_\_\_\_\_

A veces \_\_\_\_\_

Nunca \_\_\_\_\_

2. UD.¿ ha notado efectos negativos de la enfermedad en su vida y su salud?:

Mucho \_\_\_\_\_

Poco \_\_\_\_\_

Ninguno \_\_\_\_\_

3. UD.¿ acude a los controles médicos?

Siempre \_\_\_\_\_

A veces \_\_\_\_\_

Nunca \_\_\_\_\_

4. UD.¿ ha logrado aceptarse con esta enfermedad?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

5. UD ¿realiza acciones que incorporen los cuidados de la enfermedad a su vida diaria?

Siempre \_\_\_\_\_

A veces \_\_\_\_\_

Nunca \_\_\_\_\_

## ANEXO 4:

### CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES

1.- Sexo:

Hombre \_\_\_\_\_  
Mujer \_\_\_\_\_

2.- Edad:

45 a 50 años \_\_\_\_\_  
51 a 55 años \_\_\_\_\_  
56 a 60 años \_\_\_\_\_  
61 a 65 años \_\_\_\_\_

3.- Estado Civil:

Soltero \_\_\_\_\_  
Casado \_\_\_\_\_  
Separado \_\_\_\_\_  
Viudo \_\_\_\_\_  
Conviviente \_\_\_\_\_

4.- Nivel Educativo

Analfabeto \_\_\_\_\_  
Básica incompleta \_\_\_\_\_  
Básica completa \_\_\_\_\_  
Media incompleta \_\_\_\_\_  
Media completa \_\_\_\_\_  
Técnico o superior \_\_\_\_\_

5.- Previsión:

Fonasa	_____
Isapre	_____
Otra	_____

6.- Ingreso Mensual:

Sin ingresos	_____
Menos de \$30.000	_____
Entre \$ 30.000 y \$ 80.000	_____
Más de \$ 80.000	_____

7.- Patologías crónicas:

Diabetes	_____
Asma	_____
Artritis	_____
Reumatismo	_____
Otra	_____
No padece	_____

## ANEXO 5:

### TABLAS DE LOS GRAFICOS PRESENTADOS

- Gráfico n°1.

<b>Sexo</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Hombres	9	43%
Mujeres	12	57%
Total	21	100%

- Gráfico n° 2.

<b>Edad</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
45-50 años	1	5%
51-55 años	5	24%
56-60 años	5	24%
61-65 años	10	47%
Total	21	100,00%

- Gráfico n°3.

<b>Estado civil</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltero	2	10%
Casado	5	24%
Separado	2	10%
Viudo	7	32%
Conviviente	5	24%
Total	21	100%

- Gráfico n°4.

<b>Previsión</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Fonasa A	12	56%
Fonasa B	6	29%
Fonasa C	2	10%
Fonasa D	1	5%
Otro	0	0%
Total	21	100%

- Gráfico n°5.

<b>Ingreso Mensual</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin ingresos	5	24%
Menos de \$30.000	7	33%
Entre \$30.000 y \$80.000	6	29%
Mas de \$80.000	3	14%
Total	21	100%

- Gráfico n°6.

<b>Nivel Educativo</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Analfabetos	3	14%
Básica incompleta	10	47%
Básica completa	2	10%
Media incompleta	5	24%
Media completa	1	5%
Técnica o superior	0	0%
Total	21	100%

- Gráficos n°7.

<b>Patología Crónica</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Con patología crónica asociada	11	52%
Sin patología crónica asociada	10	48%
Total	21	100%

- Gráfico n°8.

<b>Patología Crónica</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Asma	3	27%
Diabetes	5	46%
Artritis	2	18%
Reumatismo	1	9%
Total	11	100%

- Gráfico n°9.

<b>Percepción Calidad de Vida</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Mala	0	0%
Regular	0	0%
Buena	19	90%
Excelente	2	0%
Total	21	100%



- Gráfico n°10

<b>Percepción Estado de Salud</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Mala	13	62%
Regular	7	33%
Buena	1	5%
Excelente	0	0%
Total	21	100%

- Gráfico n°11

<b>Percepción Transición Estado de Salud</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Mala	1	5%
Regular	7	33%
Buena	8	38%
Excelente	5	24%
Total	21	100%

-Gráfico n°12

<b>Estado Funcional</b>	<b>Mediana</b>
Función Física	45
Rol Físico	50
Función Social	87.5
Rol Emocional	100

- Gráfico n° 13

<b>Estado Emocional</b>	<b>Mediana</b>
Salud Mental	68
Vitalidad	55
Dolor	90

- Gráfico n°14

<b>Frecuencia de búsqueda ayuda médica apropiada</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Siempre	17	81%
A veces	4	19%
Nunca	0	0%
Total	21	100%

- Gráfico n°15

<b>Percepción de efectos negativos de la enfermedad</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Mucho	18	86%
Poco	3	14%
Ninguno	0	0%
Total	21	100%

- Gráfico n° 16

<b>Asistencia a controles de salud</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Siempre	14	66%
A veces	6	29%
Nunca	1	5%
Total	21	100%

- Gráfico n°17

<b>Autoaceptación con la enfermedad</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	18	86%
No	3	14%
Total	21	100%

- Gráfico n°18

<b>Incorporación de cuidados en la vida diaria</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Siempre	10	48%
A veces	11	52%
Nunca	0	0%
Total	21	100%