

¿Podemos mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes hipertensos?

A. Roca-Cusachs

Unidad de Hipertensión. Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Universitat Autònoma de Barcelona.

F. Gil et al publican en este número de *Hipertensión* una excelente revisión y al mismo tiempo reflexión sobre el tema de calidad de vida en hipertensión¹. Apunta diversos aspectos que son de gran relevancia, entre los que cabe destacar el problema metodológico de su medición y el impacto de diversas variables (dependientes de los pacientes y de su enfermedad) en sus múltiples dimensiones. Insiste además en la importancia de medir este parámetro en una patología crónica como es la hipertensión arterial (HTA) en la que, ya que el armamento terapéutico disponible es enormemente eficaz y relativamente bien tolerado clínica y metabólicamente, otros aspectos más sutiles y de gran trascendencia sobre la vida diaria del paciente, como es la calidad de vida, adquieren una importancia y trascendencia insospechada años atrás. Los mismos autores finalizan su artículo informando de sus hallazgos provisionales en cuanto a los predictores del nivel de calidad de vida. Nosotros mismos, no sólo en un artículo antiguo² ya referenciado por Gil et al., sino también en uno más reciente³, hemos abordado el mismo tema, y como bien dicen los autores, nuestros hallazgos no siempre coinciden, incluso cuando comparamos estudios efectuados por nuestro mismo grupo con instrumentos validados pero realizados en poblaciones diferentes en momentos distintos. Por ejemplo, en nuestro artículo de 1992 mientras observábamos el mismo impacto negativo del hecho de pertenecer al sexo femenino (con constante peor calidad de vida) no encontrábamos relación entre severidad de la HTA y calidad de vida que sí hemos encontrado en otro estudio de reciente publicación en el que, por el contrario, hemos detectado (además del sexo) que otras variables (peso y frecuencia cardíaca)

sí influían significativamente en esta ocasión. Estas divergencias, aunque enfatizan claramente las dificultades metodológicas existentes en la investigación y medición de estas dimensiones, no nos han de impedir que intentemos profundizar en el análisis de estas variables por la trascendencia que pueden tener en la optimización del tratamiento de los pacientes hipertensos. Por tanto, incluso estas discordancias nos deben obligar a reforzar el esfuerzo en hallar instrumentos válidos que nos permitan mediarlas con suficiente sensibilidad y especificidad.

Hecha la reflexión general previa, hay una serie de aspectos a destacar: en primer lugar, el hecho de que (tal como apunta Gil et al.) la intervención higiénico-dietética, en contra de lo que pudiera imaginarse, produce un impacto positivo sobre la calidad de vida a pesar de incidir en un área tan difícil de intervenir como son los hábitos de vida. Al menos esto es lo que nos enseña el famoso estudio TOMHS⁴, el cual pretendía comparar una estrategia de tratamiento basada exclusivamente en medidas de estilo de vida con otra que, además de estas medidas, incluía el uso de fármacos antihipertensivos, subdividiendo este grupo en 5 subgrupos cada uno de ellos tratado con distintos fármacos antihipertensivos representantes de los antihipertensivos de primera elección (clortalidona, acebutolol, enalapril, amlodipino y doxazosina). Por tanto, todos ellos recibieron una intensa intervención nutricional (dirigida a perder peso y a reducir el consumo de sal y alcohol junto a un incremento de la actividad física). Al inicio, y periódicamente durante el seguimiento de cuatro años, se analizó la calidad de vida (CV) a través de un cuestionario autoadministrado de 35 ítems (con 5 ó 6 órdenes de respuesta) que sirvió para calcular 7 dimensiones distintas (percepción de salud, energía o fatiga, salud mental, funcionamiento general, satisfacción con la capacidad física, funcionamiento social y contactos sociales). Al comparar los resultados obtenidos durante el seguimiento con los observados al inicio pudo

Correspondencia:

A. Roca-Cusachs.
Unidad de Hipertensión.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Universidad Autònoma de Barcelona.

verse que para la mayoría de las dimensiones se apreció una mejoría tanto en el grupo tratado exclusivamente con cambios en el estilo de vida como en el grupo de tratamiento farmacológico (combinando los 5 grupos terapéuticos en un único grupo), con la excepción de las dimensiones del funcionamiento general (en ambos grupos) y del funcionamiento social (sólo en el grupo placebo) que sufrieron un discreto decremento. Pudo observarse también que a mayor incremento en la práctica de actividad física y mayor pérdida de peso, más acusada era la mejoría en los índices de CV. Quizá sorprendentemente los beneficios en cuanto a CV eran significativamente superiores en el grupo de tratamiento farmacológico (en los que también se aplicaban cambios en el estilo de vida) que en el de placebo (en el que se realizaban exclusivamente modificaciones en el estilo de vida); ello puede quizás atribuirse a la lógica mejor respuesta tensional en el primer grupo, razonamiento que viene apoyado por el hecho de que existía una significativa mejor CV (en cinco de las siete dimensiones) cuanto más se reducía la presión arterial sistólica (AS) (algo similar, aunque menos acusado, ocurría con la presión arterial diastólica [PAD]).

Por tanto podemos afirmar que la intervención farmacológica de los sujetos hipertensos se acompaña globalmente de una mejoría de la CV. Lo que parece quedar claro es que este impacto positivo parece correlacionarse con la intensidad de la acción antihipertensiva; al menos esto es lo que sugiere el estudio HOT⁵; en este prestigioso estudio, tras 6 meses de tratamiento, pudieron observar una significativa mayor sensación de bienestar (en este caso medida por el *Psychological General-Well-Being Index*) a mayor reducción de la presión arterial (PA); cuanto más baja era la PAD conseguida mayor era la mejoría en el índice de bienestar. Y aunque es cierto que en este estudio la intensidad del tratamiento antihipertensivo recibido (es decir, el hecho de estar sometido a un mayor número y/o superiores dosis de fármacos hipotensores) se asociaba a un ligero incremento en el padecimiento de síntomas subjetivos, también es cierto que esta mayor agresividad terapéutica se asociaba a una mejora de la sensación de bienestar de los pacientes. En estos resultados queda reflejado espléndidamente la diferencia conceptual entre reacciones adversas y calidad de vida, conceptos que, aunque próximos, son esencialmente diferentes y exploran dimensiones distintas; un paciente puede padecer algún efecto adverso que no suponga una merma de la calidad de vida, sino en ocasiones incluso lo contrario. Por ejemplo, un paciente puede padecer palpitaciones, pero en cambio haber mejorado en dimensiones de

energía, la sociabilidad, la concentración, el sueño, etc., con una resultante final positiva que presuponga la aceptación como mínimo peaje de aquellas palpitaciones en aras de un global mejor estado de bienestar. También el estudio SHEP⁶ sugería un beneficio significativo de la CV tras el tratamiento farmacológico de la HTA. Este gran ensayo tenía además una gran relevancia porque incluyó un grupo poblacional de gran interés como es el de los pacientes seniles (por su gran labilidad en los parámetros emocionales y la extraordinaria trascendencia de la calidad de vida en esta edad). En él se analizaron 4.736 hipertensos de avanzada edad que fueron seguidos durante 5 años tras ser distribuidos aleatoriamente en dos grupos: uno de tratamiento activo y otro de placebo. Además de conseguir una reducción significativa de eventos cardiovascular (que justifica que hoy se considere exigible el tratamiento farmacológico de este tipo de HTA en este grupo de edad) pudieron constatar que los hipertensos del tratamiento activo tenían globalmente una evolución mejor en diversos parámetros de calidad de vida en comparación con los pacientes del grupo control; aunque ambos grupos presentaban una reducción (esperable) en su función cognitiva y un cierto incremento en la prevalencia de síntomas depresivos, fue el grupo placebo quien presentó unos cambios más acusados (es decir, negativos); de todas maneras la única diferencia significativa se dio en el análisis de los cambios de humor que fueron significativamente más positivos en el grupo de tratamiento activo ($p < 0.05$). Además este grupo activo también tenía un perfil mejor al finalizar el seguimiento (de nuevo, sin alcanzar la significación estadística) en la realización de sus actividades diarias que los autores distribuyeron en tres grupos: actividades básicas, actividades moderadamente complejas (como, por ejemplo, escribir) o más avanzadas (como la capacidad de llevar pesos o mover objetos).

Sobre cuál es el mejor o peor fármaco en cuanto a sus efectos sobre la CV, es difícil llegar a conclusiones taxativas dada la complejidad de los métodos de medición de la CV y la variedad de las poblaciones estudiadas. Todo parece apuntar que, en general, casi todos los fármacos producen un efecto positivo, con algunas excepciones⁷. Así, los antiadrenérgicos de acción central parecen tener un perfil poco favorable en su efecto sobre la CV, y los alfabloqueantes producen efectos poco marcados sobre las dimensiones de la CV. Entre fármacos de un mismo grupo pueden existir diferencias, como es el caso de los betabloqueantes entre los que los no selectivos parecen tener un perfil menos positivo. Pero no hay datos que nos permitan decir cuál es el fármaco ideal, sobre todo por-

que es difícil esta elección en función de lo que hoy día se recomienda en el tratamiento de la HTA, como es la individualización del tratamiento en función de la diferente patología o aspectos demográficos de los pacientes. Y los datos disponibles no permiten esta individualización.

Sea como sea, la buena noticia, y ésta sería la conclusión final, es que tanto la intervención farmacológica como la no farmacológica inciden globalmente de manera positiva sobre la calidad de vida. Y que la mayoría de grupos farmacológicos inciden también positivamente en esta dimensión tan trascendente. Por ello es importante insistir que debemos intervenir sobre la HTA sin tener la falsa opinión de que con ello mejoramos el pronóstico de los pacientes pero no su calidad de vida. Junto a estos aspectos terapéuticos la utilización de medidores adecuados de la CV y la detección (mediante los marcadores que los estudios nos ofrecen como definitorios de una peor CV) de aquellos pacientes más necesitados de una intervención eficaz en estas dimensiones vitales pueden ayudarnos a la hora de utilizar adecuadamente los

recursos farmacológicos y no farmacológicos. Pero en este camino aún queda mucho trecho por recorrer, aunque trabajos como el de Gil et al hacen que avancemos en el buen camino.

Bibliografía

1. Gil VF, Esparica A, Merino J Calidad de vida en el hipertenso y factores que la determinan. *Hipertensión* 2001 (en prensa).
2. Roca-Cusachs A, Ametlla J, Calero S, Comas O, Fernández M, Lospaus R, et al. Calidad de vida en la hipertensión arterial. *Med Clín (Barc)* 1992; 98:486-490.
3. Dalíó A, Badia X, Roca-Cusachs A, Aristegui I, Roset M. Validación del primer cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) para su uso en España. Relación entre variables clínicas y calidad de vida. *Aten Primaria* 2000; 26: 96-103.
4. Grimm RH, Grandits GA, Cutler JA, Stewart AL, McDonald RH, Sevendsen K, et al. Relationships of quality-of-life measures to long term lifestyle and drug treatment in the treatment of mild hypertension study. *Arch Intern Med* 1997; 157:638-648.
5. Wiklund I, Halling K, Ryden-Bergsten T, Fletche A. Does lowering the blood pressure improve the mood? Quality-of-life results from the hypertension optimal (HOT) study. *Blood Press* 1997; 6:357-364.
6. Applegate WB. Quality of life during antihypertensive treatment. Lessons from the systolic hypertension in the elderly program. *Am J Hypertens* 1998; 11:57s-61s.
7. Beto JA, Bansal VK. Quality of life in treatment of hypertension. A metaanalysis of clinical trials. *J Hypertens* 1992; 5:125-133.