

Calidad de vida en el hipertenso y factores que la determinan

V. F. Gil Guillén, A. Esparcia Navarro y J. Merino Sánchez

Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante

Introducción

Es muy probable que en el futuro el tratamiento de la hipertensión arterial derive de un balance entre la eficacia de los fármacos en el control de la hipertensión, su coste y los posibles efectos secundarios del tratamiento. Este tercer contenido del problema nos adentra en la interesante cuestión de la calidad de vida del tratamiento de la hipertensión arterial¹.

¿Cómo surge el interés por el tema de la calidad de vida?

En la antigua Grecia de Hipócrates el hombre fue capaz de separar la religión de la filosofía y ésta de la biología. Las enfermedades dejaron de ser un castigo de los dioses y desde ese momento la medicina ha recorrido un interesante camino dejando atrás el empirismo y entrando en la ciencia.

La definición del método científico y su aplicación han aportado dosis importantes de objetividad al acto médico. Ello no ha evitado que ese modelo tenga, en lo que respecta a las actuaciones del médico, un amplio margen de variabilidad. Dos médicos pueden resolver un mismo problema con dos soluciones distintas. Esta variabilidad genera incertidumbre. La receta o solución que se ofrece para hacerla desaparecer es ser más científicos. Así surge el hallazgo de la medicina basada en la evidencia². Las consecuencias de esas actuaciones a lo largo de la historia han sido magníficas. Se ha conseguido un enorme incremento de la supervivencia media de las poblaciones y un aumento considerable de la esperanza de vida en los países que han podido aplicar sus principios, es decir, los países ricos.

Se ha producido el fenómeno llamado de la cuadrangulación de la supervivencia. Eso supone que casi todos los individuos que nacen en un país rico van a vivir, y lo harán mucho tiempo, de tal forma que la mortalidad se concentra de forma brusca en los últimos años de la vida. Así se ha retrasado o reducido la mortalidad que causan muchas enfermedades³.

Ese modelo de cuidados dirigidos a los enfermos ha sido muy eficaz, pero ha hecho aparecer un nuevo reto: el resurgir de muchas enfermedades crónicas. El enfermo vive más, pero en ocasiones soportando enfermedades. De forma eufemística se podría decir que enfermedad crónica es aquella que los médicos no curamos, pero que tampoco nos mata en un breve tiempo⁴.

Así, en los últimos años se ha desarrollado el gran campo de la “medicina de control” o “paliación”. El modelo de la ciencia médica centrado en la enfermedad ha aportado beneficios sustantivos respecto a la morbilidad. Respecto a la atención a los enfermos con patologías crónicas se plantea que, si no es posible dar más cantidad de vida, es preciso aportar más calidad de vida; si no pueden darse años a la vida se debe dar vida a los años⁴.

En la actualidad muchas enfermedades se pueden controlar, aunque el beneficio de la terapéutica no se vea reflejado con inmediatez. Es una actuación terapéutica que se orienta a evitar la aparición de complicaciones o a prolongar la supervivencia de esa enfermedad. La hipertensión puede ser un buen modelo. El enfermo debe tomar medicación, a veces con un coste económico relevante y someterse al riesgo de los posibles efectos secundarios del tratamiento para evitar la aparición de problemas o complicaciones que el mismo enfermo no ve próximos. Bajo estas premisas puede ser difícil que el enfermo acepte participar o tratarse.

El reto es doble porque los indicadores tradicionales que se usan para medir la eficacia de las intervenciones, como son la reducción de la morbilidad, la incidencia y la prevalencia, no sirven. Se precisan instrumentos nuevos, dirigidos a medir algo más complejo, la calidad de vida.

Correspondencia:

V. Gil Guillén.

Departamento de Medicina Clínica.

Universidad Miguel Hernández.

Ctra. H-332, km. 87.

03550 San Juan (Alicante).

Por todo ello se requiere modificar el modelo asistencial, cambiar el abordaje que hemos realizado de patocéntrico, o centrado en la enfermedad, a un nuevo paradigma, el abordaje del enfermo con un enfoque biopsicosocial o centrado en él mismo.

Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida (CV) puede definirse como la capacidad para vivir la propia existencia sin restricciones. Esa definición comporta contenidos de salud física, emocional, intelectual, social y profesional^{1,4}.

El término ha sido bien recibido en nuestra sociedad y la calidad de vida es un campo de trabajo de psicólogos, sociólogos, economistas, médicos, ampliamente utilizado en terrenos tan diversos como la política, la economía o la salud.

De este concepto de calidad de vida se ha derivado el de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) que es sencillo de definir. Si recordamos la conceptualización que de la CVRS hace la Organización Mundial de la Salud (OMS), la plantea como un estado de bienestar físico, mental y social. El científico René Dubos ha añadido un segundo componente, el de la funcionalidad. Este autor define la salud como "el estado de la vida que, sobre la base de un relativo equilibrio psíquico y unas funciones orgánicas intactas, permite a la persona llevar a cabo objetivos propios o ajenos por medio de sus acciones propias", es decir, acometer funciones⁵.

Si se analiza el bienestar y la funcionalidad del individuo en los campos físico, emocional y social, podemos tener una buena imagen de su situación respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, que es un término de gran indefinición, pero que puede valorarse de forma indirecta a través del uso de indicadores.

Estas ideas se adaptan bien al nuevo modelo, al modelo de asistencia centrado en el enfermo, ya que esa capacidad de actuación tiene que estar definida por él mismo y debe expresarse con relación a cómo el enfermo la experimenta subjetivamente. La calidad de vida relacionada con la salud ha sido de hecho definida como la "salud subjetiva"⁶. La **tabla 1** recoge nuevos enfoques de lo que pretende ser la atención sanitaria basada en la "salud subjetiva".

Si la calidad de vida es algo más que una ausencia de síntomas, la idea del subjetivismo en la valoración de la salud también es un factor clave. De hecho, uno de los trabajos que iniciaba esta línea de pensamiento fue el de Jachuck en el año 1982, que contrastaba las diferentes percepciones respecto al control de la enfermedad que hacía el enfermo, sus familiares o su

TABLA 1
Del modelo tradicional de la atención médica (salud objetiva) a los nuevos enfoques de la salud subjetiva

Beneficios

Sobre la calidad de vida
Disminución de la morbimortalidad
Aumento de la supervivencia de muchas enfermedades

Limitaciones

Incremento de las patologías crónicas
Modelo asistencial centrado en la enfermedad (patocéntrico)

Consecuencias

Necesidades de control o paliación
Necesidades de definir nuevos objetivos: calidad de vida
Necesidades de definir nuevos instrumentos de medida

Nuevos enfoques

Calidad frente a cantidad
Modelo asistencial biopsicosocial
Salud subjetiva

médico⁷. El nuevo modelo, centrado en el enfermo, le hace protagonista de sus decisiones, le implica. Es él quien debe opinar sobre los beneficios de las actuaciones terapéuticas que se le proponen, y que sin duda se asientan sobre ese concepto tan complejo que es la calidad de vida. Lo que no cabe duda es que la introducción del concepto de calidad de vida relacionado con la salud implica una medicina más humanizada, la asistencia médica se acerca a los pacientes.

La hipertensión arterial es una enfermedad en la que la valoración de la calidad es clave

La HTA es una enfermedad asintomática u oligosintomática, por lo menos hasta que lesiona los llamados órganos diana, en la que la terapéutica sufre restricciones porque la valoración en ella de la calidad de vida es importante. Se pretende ver si las actuaciones médicas fuera de los beneficios conocidos y de reducir la morbimortalidad en el día a día son capaces de modificar la calidad de vida, aumentándola por desaparición de síntomas, confirmación del diagnóstico, buen control y disminuyendo los efectos secundarios de los fármacos, el etiquetado, etc.

Este fenómeno, es decir, el calificar al enfermo de hipertenso o, lo que es igual, portador de una enfermedad crónica, puede inducir en él la aparición de síntomas^{8,9}. Asimismo, el etiquetado y los efectos secundarios de los fármacos pueden deteriorar una sensación de bienestar previo.

Es cierto que se dispone de fármacos muy eficaces para controlar la enfermedad, aunque no para curarla. Estos fármacos han ido mejorando su perfil para producir efectos secundarios, hasta el punto de que algunos de los más recientemente aparecidos casi carecen de ellos. De esta forma, es difícil deslindar lo que puede ser la sintomatología de la enfermedad, el efecto del etiquetado o la realidad de los efectos secundarios de los fármacos. De lo que no hay duda es de que al enfermo se le ofrece la necesidad de un tratamiento para toda la vida, a veces costoso, para evitar unas complicaciones que para él pueden parecer todavía lejanas. Uno de los trabajos iniciales en el campo de la calidad de vida en hipertensión arterial fue realizado por Croog en 1986 valorando la influencia de 3 fármacos sobre la calidad de vida de los hipertensos¹⁰ y se planteaban en qué medida el tratamiento hipotensor era capaz de deteriorar la sensación de bienestar percibida por el paciente.

Algunos trabajos han demostrado que la calidad de vida en el hipertenso es inferior a la del normotenso^{8,9}. Así sucede en un estudio que estamos elaborando¹¹ (*Quality of life*) utilizando el cuestionario "Perfil de calidad de vida para enfermos crónicos" (PECVEC) que también ha sido señalado por J. A. Fernández¹² en un estudio en el cual se utiliza el mismo cuestionario, así como el de Rosa Cusachs¹³ en una serie de hipertensos tratados en el hospital y en Atención Primaria con un cuestionario no validado.

Muchos estudios han señalado que el incumplimiento terapéutico es uno de los factores fundamentales que influyen en el mal control de la hipertensión, aunque no es el único factor implicado¹⁴. No cabe duda de que los efectos secundarios de los fármacos, y de forma indirecta lo que pueden influir en la reducción de la calidad de vida, repercuten en el cumplimiento. Recientemente Testa ha relacionado algunos re-

sultados medibles del tratamiento, como puede ser la reducción del riesgo, los años de vida sanos, el beneficio neto y la calidad de vida, con ciertos aspectos del tratamiento tales como su seguridad, eficacia o conveniencia, y todos ellos con una característica del paciente en común que es el cumplimiento de la terapéutica¹⁵ (fig. 1).

Problemas relacionados con la medida de la capacidad de vida relacionada con la salud

La medida de algo tan complejo como la calidad de vida relacionada con la salud ha requerido un trabajo importante para diseñar instrumentos útiles que sean capaces de valorar los diferentes componentes, que permitan determinar el parámetro en grupos poblacionales y que sean susceptibles de medir los cambios que se producen cuando el enfermo realiza lo que se llama una intervención e incluso lo que le sucede con el paso del tiempo^{1,6}.

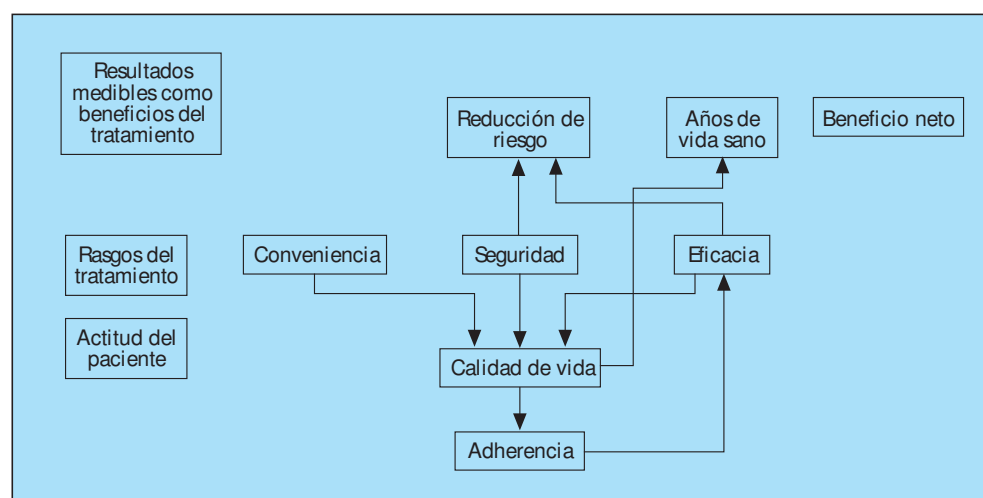
Los métodos para medir la calidad de vida se pueden agrupar en¹⁶:

- 1) Comunicación oral del paciente de forma espontánea.
- 2) Cuestionario dentro de la entrevista activa oral o escrita.
- 3) Test psicométricos.

Los 2 primeros métodos tienen problemas fundamentalmente de sensibilidad y tienden a subestimar la existencia de efectos secundarios y presentan importantes limitaciones para cuantificar los cambios en la calidad de vida.

Los test psicométricos son los que más se utilizan al tener importantes ventajas sobre los 2 primeros métodos, al ser más válidos y consistentes y poder cuantificarse estos indicadores, con lo que se puede valorar el seguimiento de los

Fig. 1. Relación entre calidad de vida, variables del tratamiento (resultas) y variables del enfermo (adherencia).



tratamientos, cuestión clave para la práctica clínica¹⁶.

Nuestro grupo tiene una cierta experiencia en una adaptación del cuestionario PECVEC, que diseñado en el Instituto de Medicina Social de la Universidad de Dusseldorf por el profesor J Siegrid fue traducido y adaptado al castellano por Juan Antonio Fernández de la Universidad de Oviedo. Este cuestionario define dos dimensiones básicas de salud^{6, 17}:

1) El bienestar. Dimensión que se recoge en la propuesta de lo que es la salud para la Organización Mundial de la Salud y que incluye como contenidos el humor, las emociones positivas y negativas, las motivaciones y las cogniciones.

2) La funcionalidad. Esta dimensión ha sido definida por René Dubos como capacidad de actuación, como habilidad para valorar objetivos propios e impuestos^{5, 6}.

Cada una de estas dos dimensiones se valora a 3 niveles diferentes: el orgánico o físico, el funcionamiento psicológico y el funcionamiento social o integrador. En la valoración de la CVRS a esas dimensiones y los niveles de cada una de ellas se debe añadir un epígrafe específico que recoge la sintomatología ligada a la hipertensión arterial (bienestar físico).

En definitiva, el cuestionario valora 6 dimensiones:

1) Función física.

2) Función psicológica.

3) Estado de ánimo positivo y estado de ánimo negativo (los dos estados de ánimo, positivo y negativo, forman lo que se denomina bienestar psicológico).

4) Función social.

5) Bienestar social.

6) Bienestar físico referido a la sintomatología de la HTA.

El cuestionario se administra al enfermo, que debe cumplimentarlo por él sólo respondiendo a 40 preguntas de tipo Lickert con un rango de valoración de 0-4.

Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial y calidad de vida

Un prototipo de estudios de calidad de vida en hipertensión ha sido el del estudio SHEP¹⁸. Tiene el interés de que ha valorado la calidad de vida en hipertensos ancianos, colectivo en el que se cuestionaba el posible beneficio terapéutico del tratamiento farmacológico, si se tenían en cuenta los efectos secundarios de una medicación que tal vez alterara su calidad de vida.

El estudio incluyó 4.736 personas de más de 60 años con hipertensión arterial sistólica aislada (TAS > 160 mmHg). Fueron aleatorizados a pla-

cebo o tratamiento con diurético, al que se podía adicionar un bloqueador beta o reserpina, si era preciso para alcanzar el nivel de control. El tratamiento se demostró eficaz en disminuir los accidentes cerebrovasculares no mortales, el infarto agudo de miocardio y la hipertrofia de ventrículo izquierdo, demostrando una tendencia a disminuir las muertes cardiovasculares. Se necesitaban datos sobre los efectos secundarios de los fármacos y sobre si el descenso de la presión arterial podía influir sobre la cognición, la depresión y el estado de ánimo.

Para valorar el SHEP se incluyó una batería de test psicométricos y tres preguntas relacionadas con la calidad de vida que recogían las manifestaciones clínicas incómodas o limitantes que podrían aparecer o que podrían interferir en las actividades de la vida diaria. En contra de lo que podría pensarse, el grupo tratado alcanzó mejores puntuaciones en la valoración de la cognición, depresión y estado de ánimo, aunque sólo estas últimas fueron significativas estadísticamente ($p = 0,05$).

El tratamiento farmacológico también mejoró discretamente las actividades de la vida diaria y social. Los efectos adversos menores fueron ligeramente más frecuentes en el grupo tratado y consistieron en desmayos, caídas, fatiga, disfunción sexual, debilidad muscular y alteraciones de la memoria autorreferida.

Las manifestaciones clínicas que hicieron abandonar el tratamiento farmacológico aparecieron en el 28 % del grupo tratado y 21 % en el grupo placebo. Este estudio ha sido muy importante, ya que ha abierto el camino para el uso de tratamiento antihipertensivo en el anciano.

Beto y Bansal¹⁹ publican en el *Am J Hipertension* un metaanálisis realizado en el año 1992 y concluyen que el tratamiento farmacológico antihipertensivo parece tener un impacto positivo significativo, pero de escasa magnitud sobre la calidad de vida y más específico sobre el sueño, las funciones psicomotoras, el bienestar general y el terapéutico. En la parte negativa encuentran una tendencia negativa no significativa sobre la función sexual.

En el estudio HOT²⁰ se concluyó que cuanto menores eran las cifras de TA conseguidas con el tratamiento hipotensor, menor incidencia de síntomas había, pero la función sexual empeoraba en los varones.

Con los estudios de que disponemos no parece que existan diferencias entre los hipotensores que se utilizan hoy de primera elección, aunque hacen falta más estudios, sobre todo con bloqueantes de los receptores AT1 de angiotensina por su reciente introducción, pero en los pocos existentes se ha observado un efecto superior en algún índice de calidad de vida^{21, 22}.

La pregunta clínica más relevante que la investigación clínica tiene que responder en este siglo es si las diferencias entre los fármacos antihipertensivos son de tal relevancia clínica que tienen que ser tenidas en cuenta en la práctica asistencial¹⁶.

Medidas higiénico-dietéticas

Un subestudio realizado por uno de los 4 centros participantes en el estudio DASH ha valorado el efecto de 3 dietas sobre la calidad de vida en el hipertenso²³:

- 1) Dieta que reforzaba el consumo de vegetales y fruta.
- 2) Dieta próxima a la dieta mediterránea clásica.
- 3) Dieta típica americana, la cual seguía el grupo control.

Se aleatorizaron los pacientes y a las 11 semanas el grupo que seguía la dieta mediterránea y la rica en vegetales y frutas había descendido la presión arterial. La calidad de vida se midió con el *Medical Outcomes Short Form*. Las dos dietas estudiadas obtuvieron puntuaciones mayores que la dieta control, aunque los resultados fueron sólo significativos para la subescala que medía cambios percibidos en la salud. Las puntuaciones globales mejoraron en todos los grupos, pero más en aquellos que recibían dieta con frutas y vegetales (5%), la dieta mediterránea (5,9%), mientras que en el grupo con dieta control el incremento fue del 4%²³.

Los autores explican que los hallazgos pueden deberse a que los participantes, a pesar de tener que hacer dieta, lo que supone una limitación que podría alterar su calidad de vida al estar implicados en un estudio, han tenido una gran interacción social y apoyo por parte de los investigadores, lo cual ha favorecido la adquisición de hábitos dietéticos saludables. Las dietas imponían una restricción en sus contenidos, no obstante la cantidad de calorías no estaba limitada. Los resultados son interesantes, aunque la muestra es de tamaño pequeño y los test utilizados no detectan los cambios, lo que limita las conclusiones²³.

En el estudio TOMHS, en los pacientes que realizaron las medidas higiénico-dietéticas durante un seguimiento de 1 año, a pesar de la reducción de peso y de sal, no mejoran los índices de la calidad de vida²⁴.

Al igual que en la revisión de los estudios con fármacos, aún faltan más estudios para cuantificar si existe relación entre las medidas higiénico-dietéticas y la calidad de vida, y aunque los resultados no son excluyentes, se ha encontrado mejoría en algunos índices de la calidad de vida con el ejercicio físico y la pérdida de peso²⁵.

Limitaciones de los estudios de calidad de vida en hipertensión arterial

Hemos señalado las dificultades existentes en valorar la calidad de vida en los hipertensos. Los investigadores han tenido que idear sistemas de medida nuevos y eficaces, lo que no es sencillo.

Hunt ha revisado 25 estudios aleatorizados del mejor nivel que miden la calidad de vida en hipertensión a través de cuestionarios. Las principales críticas que el autor hace a estos estudios se centran en que en ellos abundan²⁶:

- 1) Definiciones inconsistentes del término calidad de vida.
 - 2) Los problemas en relación con la validez y fiabilidad de las medidas usadas.
 - 3) Fallos en estandarizar la administración de los cuestionarios.
 - 4) Déficits informativos (datos que faltan y no se informa sobre ellos).
 - 5) Tratamiento inapropiado de los datos a nivel estadístico.
 - 6) Interpretación inadecuada de los resultados.
- El autor comenta el mal uso que se suele hacer de los análisis cuya intención es tratar los estudios de calidad de vida. Señala que esa aproximación es conservadora cuando el síntoma de la mejoría es un objetivo prioritario²⁶. El Grupo de Trabajo en Hipertensión¹⁶, cuando revisan la calidad de vida en el paciente hipertenso concluyen:
- 1) Existen diferencias metodológicas de los artículos publicados que limitan su comparación.
 - 2) Faltan estudios con muestras poblacionales más grandes y de mayor duración y que mantengan el enmascaramiento al final del estudio.
 - 3) Selección de mujeres y ancianos en los estudios.
 - 4) Se deben incluir como variables la edad, el sexo, la comorbilidad, la presencia o ausencia de tratamiento antihipertensivo previo, el que haya habido o no respuesta al tratamiento anterior, el grado de ejercicio físico, la disminución de peso, los cambios cualitativos en la dieta y el nivel de TA alcanzado al final de los estudios.

Factores determinantes de la calidad de vida en el hipertenso

Estos tipos de estudios están en fase inicial, aunque sí se han señalado avances para los normotensos. Los principales estudios realizados se han dirigido a valorar el efecto de los fármacos y/o la dieta. Hemos comentado anteriormente el resultado del subestudio DASH²³. Nuestro grupo ha puesto en marcha un estudio para conocer la influencia que estos factores

tienen en la calidad de vida del hipertenso, abordado a través de un amplio estudio multicéntrico. Los factores que se han planteado son²⁷⁻²⁹:

1) De índole sociodemográfico: edad, sexo, situación laboral, peso y talla.
2) Debidos a la coexistencia de factores de riesgo asociados a la hipertensión: obesidad, alcoholismo, sedentarismo, tabaquismo, diabetes, hipercolesterolemia y trigliceridemia, e incluso una valoración global del riesgo cardiovascular.

3) Relacionados con la enfermedad: grado de control, situación respecto al conocimiento de la enfermedad, asociación con otras enfermedades agudas o crónicas.

4) De la indicación terapéutica: relacionados con medidas higienicodietéticas, uso de terapéutica farmacológica y el efecto de los diferentes tipos de familias de fármacos utilizados. El estudio al que nos referimos se denomina Vida/HTA, es un proyecto ambicioso que se está cumplimentando en varias fases²⁷⁻²⁹. Hemos completado ya la primera, que pretende conocer la situación de los hipertensos españoles tratados en Atención Primaria respecto a su calidad de vida y el papel de varios factores implicados en ella. En esta fase se ha utilizado un diseño observacional transversal y se ha realizado sobre hipertensos esenciales adultos en condiciones reales de práctica clínica. En el estudio han participado más de 800 investigadores de todo el territorio español y se han incluido más de 2.000 enfermos que cumplían los correspondientes criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión. El instrumento de medida utilizado ha sido el cuestionario PECVEC, y para medir el riesgo global se ha utilizado la escala propuesta por las Sociedades Europeas de Cardiología, Hipertensión y Arterioesclerosis.

El análisis pormenorizado de los factores relacionados con el cumplimiento terapéutico se completará en un próximo futuro, pero avanzamos aquí algunos de sus resultados. Hemos sabido que nuestros hipertensos tienen peor calidad de vida que los normotensos, ya que las puntuaciones de los hipertensos en todas las subescalas del cuestionario PECVEC han sido inferiores que las que ha obtenido el grupo control, con diferencias estadísticas, a excepción de la subescala que mide la función social.

¿Influye el sexo del hipertenso sobre la calidad de vida?

Las mujeres hipertensas tienen peor calidad de vida que los varones hipertensos. Ello se demuestra en todas las subescalas estudiadas, ya que las mujeres tienen puntuaciones inferiores a las de los varones hipertensos con significación estadística.

¿Influye la edad sobre la calidad de vida de los hipertensos?

Los datos analizados se han desglosado según fuera la muestra menor o mayor de 60 años. Con esta separación ambos grupos tienen igual calidad de vida, lo que es entendible, ya que el colectivo compuesto por los sujetos en prevención primaria y las diferencias de calidad de vida probablemente hubieran derivado de la existencia de complicaciones que no pueden achacarse a una enfermedad que en sí misma es oligosintomática.

¿Influye el grado de control de los hipertensos sobre la calidad de vida de los mismos?

Tener o no cifras de presión arterial sistólica inferiores a 140 y diastólica a 90 no influye sobre la calidad de vida de los hipertensos.

¿Influye el saberse hipertenso sobre la calidad de vida?

Los hipertensos diagnosticados de nuevo y los ya conocidos tienen igual calidad de vida cuando se analizan las subescalas del cuestionario PECVEC, a excepción de la cuestión referente a otros síntomas de la enfermedad. En este caso, los hipertensos recién diagnosticados tienen una mayor calidad de vida que los antiguos, al parecer sobre ellos todavía no había influido el fenómeno del etiquetado.

¿Influye el nivel del riesgo cardiovascular de los hipertensos sobre su calidad de vida?

Cuando se analizan los datos, y se utiliza una prueba estadística que elimina el valor del sexo y la edad del hipertenso, se demuestra que la valoración global del riesgo del hipertenso, medido con las subescalas del PECVEC, es independiente del nivel global del riesgo. Estos hallazgos son entendibles siempre que se trate de un estudio realizado en enfermos en prevención primaria, donde ninguna condición debe influir sobre la calidad de vida.

¿Empeora el tratamiento farmacológico la calidad de vida del hipertenso que sabe que debe hacer dieta?

Valorada de forma global, la calidad de vida de los hipertensos estudiados bien sea bajo indicación de tratamiento dietético o farmacológico es idéntica. Otros factores no parecen influir en ella, como es el caso de HTA grave, presencia o no de lesión orgánica, tipo de tratamiento farmacológico y tiempo de evolución de la enfermedad¹¹.

Cuando se finalice el análisis de los resultados del estudio comentado anteriormente²⁷⁻²⁹, se

podrá aportar información más precisa acerca de los factores estudiados. Algunos datos no son concordantes con otros de la literatura¹³, pero es comprensible dadas las dificultades metodológicas que se utilizan. De hecho, algunos autores señalan que se debe a la hipertensión y no a otras variables asociadas el no estar recibiendo tratamiento antihipertensivo, lo que incide en la calidad de vida⁹, obteniendo peores indicadores que los normotensos, no pudiéndose aclarar si se debe a la propia hipertensión, a su tratamiento o al fenómeno del etiquetado^{8, 9, 12, 13, 16, 30}.

Bibliografía

- Reig A, Bordes P. La calidad de vida en atención sanitaria. En: Merino J, Gil V, eds. Tratado de epidemiología clínica. Ed. Gráficas Enar, 1994; 327-334.
- Pozo F. La medicina basada en la evidencia. Una perspectiva desde la clínica. Med Clín (Barc) 1999; 112:12-17.
- Fries JF. Physical activity, the compression of morbidity and the health of the elderly. JR Soc Med 1996; 89:64-68.
- Merino J, Gil VF. El enfermo anciano. Enfermedad curable y crónica. Valoración en geriatría. En: Merino J, Gil V, eds. Práctica clínica geriatría en Atención Primaria.
- Dubos R. Man, medicine and environment. New York: Ed. Mentor, 1969.
- Fernández López JA, Hernández R, Rancaño I. Midiendo calidad de vida en la práctica clínica. En: Gil VF, Merino J, Quirce F, Orozco D, eds. Madrid: Ed. Gráficas Robel, 1999; 261-273.
- Jachuck S, Brierley H, Jachuck S, Wilcox PM. The effect of hypotensive drugs on the quality of life. JR Coll Gen Pract 1982; 32:103-105.
- Battersby C, Hartley K, Fletcher AF. Quality of life in treated hypertension: a case control community based study. J Hum Hypertens 1995; 9 (12):981-986.
- Dimeñas ES, Wiklund IK, Dahlöf CG, Lindval KG, Olofsson BK, Faire VH. Differences in the subjective well being and symptoms of normotensives, borderline hypertensives and hypertensives. JHypertens 1989; 7:885-890.
- Croog SH, Levines S, Testa MA. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. N Eng JMed 1986; 314: 1.657-1.665.
- Gil VF, Fernández JA, Hernández R, Sánchez MA, Segriest J, Merino J. Quality of life of spanish hypertensive patients. Abstracts book of 10th European Meeting on hypertension. Goteborg: European Soc of Hypertension, 2000.
- Fernández JA, Segriest J, Hernández R, Broer M, Cueto A. Study of quality of life on rural hypertensive patients. Comparison with the general population of the same environment. J Clin Epidemiol 1994; 47:1.373-1.380.
- Roca Cusachs A, Ametlla J, Calero S, Cores A, Fernández M, Rospans R, et al. Calidad de vida en la hipertensión arterial. Med Clín (Barc) 1992; 98:486-491.
- Gil VF, Belda J, Pineiro F, Merino J. El cumplimiento terapéutico. Manuales de referencia en Atención Primaria. Madrid: Ed. Doyma, 1999.
- Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. N Eng JMed 1996; 334:835-840.
- Cumplimentación terapéutica y calidad de vida del paciente hipertenso. Grupo de Trabajo en Hipertensión Arterial. Sociedad Española de Hipertensión, Liga Española para la Lucha contra la HTA. Madrid: Ed. SHE, 2000.
- Fernández JA, Segrist J, Hernández R, Broer M, Cueto A. Evaluación de la equivalencia transcultural de la versión española del perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC). Med Clín (Barc) 1997; 109:245-250.
- Applegate WB. Quality of life during antihypertensive treatment: lessons from the systolic hypertension in the elderly program. Am JHypertens 1998; 11:575-615.
- Beto JA, Bansal UK. Quality of life in treatment of hypertension. A metaanalysis of clinical trials (see comments). Am JHypertens 1992; 5 (3):125-133.
- Wiklund I, Halling K, Ryden-Bergsten T, Fletcher A. Does lowering the blood pressure improve the mood? Quality of life results from the hypertension optimal treatment (HOT) study (see comment). Blood Press 1997; 6 (6):357-364.
- Tedesco MA, Ratti G, Meunella S. Comparison of losartan and hydrochlorothiazide on cognitive function and quality of life in hypertensive patients. Am JHypertens 1999; 12 (11):1.130-1.134.
- Conlin PR, Elkins M, Liss C, Urecenack AJ, Barr E, Edelman JM. A study losartan alone or with hydrochlorothiazide vs life-dipine GMS in elderly patients with diastolic hypertension. JHuman Hyperten 1998; 12:693-694.
- Plaisted CS, Lin Ph, Ard J. The effects of dietary patterns on quality of life: a substudy of the dietary approach to STOP hypertension trial. JAm Diet Assoc 1999; 99 (8):84-99.
- The treatment of mild hypertension research group. The treatment of mild hypertensive study. A randomized placebo controlled trial of nutritional hygienic regimen along with various drugs monotherapies. Arch Intern Med 1991; 151:1.413-1.423.
- Stewart AL, Hay RD, Wells RB, Rogers WH, Spitzer KL, Greenfield S. Long term functioning and well-being outcomes associated with physical activity and exercise in patients with chronic condition in the medical study. J Clin Epidemiol 1994; 47:719-730.
- Hunt SM. Quality of life claims in trials of antihypertensive therapy. Qual Life Res 1997; 6 (2):185-191.
- Gil VF, Fernández JA, Hernández R, Sánchez T, Sánchez JM, Merino J. Calidad de vida en pacientes hipertensos con dislipidemia. Clin e Invest en Arterioscl 2000; 12 (supl 1):26-27.
- Gil VF, Fernández JA, Hernández R, Sánchez T, Sánchez Zamorano MA, Merino J. En representación de los investigadores del estudio calidad de vida-HTA. Factores que incluyen en la calidad de vida de los hipertensos españoles. Comunicación presentada a la 6.^a Reunión Nacional de la Sociedad Española de Hipertensión, Liga Española para la Lucha contra la HTA. Torremolinos, 11-14 marzo 2001.
- Gil VF, Fernández JA, Hernández R, Sánchez T, Sánchez Zamorano MA, Merino J. En representación de los investigadores del estudio calidad de vida-HTA. Influencia del control de la HTA y de los otros factores de riesgo vascular asociados sobre la calidad de vida de los hipertensos españoles. Comunicación presentada a la 6.^a Reunión Nacional de la Sociedad Española de Hipertensión, Liga Española para la Lucha contra la HTA. Torremolinos, 11-14 marzo 2001.
- Lawrence WF, Fryback DG, Martin PA, Klein R, Klein BEK. Health and hypertension: a population-based study. J Clin Epidemiol 1996; 49:1.239-1.245.