

# Calidad de Vida e Hipertensión Arterial

Agradece a la llama su  
luz,  
pero no olvides el pie  
del candil que constante  
y paciente la sostiene en  
la  
sombra. Tagore

**Dra. M<sup>a</sup> Dolores Jarillo Ibáñez.** Unidad de Nefrología Hospital

Universitario Príncipe de Asturias. Prof. Asociado Universidad Alcalá.

**Dra. Fuensanta Moreno Barrios.** Unidad de Nefrología. Hospital Príncipe de Asturias

Prof. Asociado Universidad Alcalá.

**Dr. José Carlos Rodríguez Pérez.** Unidad de Investigación y Nefrología

del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Prof. Asociado ULPGC.

**Dr. Pablo Lázaro y de Mercado.** Unidad de Investigación en

Servicios de Salud. Instituto de Salud Carlos III. Madrid

## **INTRODUCCION**

### **QUE ES LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD**

Subjetividad de la Calidad de Vida  
Valoración de la calidad de vida  
Medida de la Calidad de vida. Cuestionarios de Calidad de vida  
Relevancia de la Calidad de Vida

### **INTERRELACION ENTRE CALIDAD DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Como afecta el tratamiento de la hipertensión arterial a la calidad de vida  
Calidad de vida en Pacientes Hipertensos y Controles Sanos

### **COMO MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HIPERTENSO**

- .- Ansiedad
- .- Vida diaria
- .- Estrés

*Medidas Higiénico – Dietéticas:*

Ejercicio, Dieta  
Deportes y aficiones  
Relajación y técnicas de Biorrealimentación

*Medicación antihipertensiva y efectos secundarios de las drogas.*

### **MEDICION DE LOS BENEFICIOS DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA**

## **INTRODUCCION**

El concepto de calidad de vida (CV), empieza a aparecer en la literatura coincidiendo con el resurgimiento económico del presente siglo. En el vocabulario americano surge el término calidad de vida, tras la Segunda Guerra Mundial, asociado al mensaje de que la buena vida es algo más que la mera abundancia material o lo que es lo mismo, que el buen vivir no es sólo el bienestar económico y material, sino también el bienestar psicológico entendido como la consecución de satisfacción y/o felicidad personal<sup>1</sup>.

Posteriormente, se registra como materia independiente en el Index Medicus<sup>2</sup>, y en el Psychological Abstract aparece por primera vez el término "Quality of Life" como palabra clave, para búsquedas bibliográficas, en 1985.

La OMS en 1947 definió la Salud del siguiente modo<sup>3</sup>: *"Salud no es sólo la ausencia de enfermedad y dolencias sino también un estado de bienestar físico, mental y social."*

## **QUE ES LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD**

De acuerdo con la definición de salud propuesta por la OMS, la calidad de vida es un componente fundamental del estado de salud. Schipper y Levitt<sup>4</sup>, consideran que lo que más ha hecho avanzar, en la búsqueda y valoración de la CV, de los ensayos clínicos, es el reconocimiento creciente de la importancia de este concepto.

En el momento actual, la sociedad en general y la medicina en particular, ya han reconocido la trascendencia de la valoración de la calidad de vida. Progresivamente, un mayor número de estudios incorpora métodos para la medida de la CV y en ocasiones para justificar o soportar una decisión terapéutica que debe ser tomada. Sin embargo, es necesario utilizar y considerar indicadores de CV, al comparar por ejemplo, fármacos que reporten idénticas supervivencias, o aquellas situaciones donde el tiempo de supervivencia, no sea el objetivo, sino intentemos además conseguir que esa supervivencia, sea lo más confortable posible.

El concepto de calidad de vida, dentro del campo médico, ha sufrido igualmente un gran avance en los últimos años y supone que actualmente podemos disponer de un instrumento más, para apoyar o no un determinado tratamiento.

En definitiva, dentro del concepto de CV, se pretende englobar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, más allá de las meras consecuencias biológicas de ambas. Todos aquellos aspectos del funcionamiento de una persona, sobre los que se supone que pueden influir la enfermedad o su tratamiento, han sido englobado por Hornsquist <sup>5</sup>, en su concepto de CV. Este autor, establece un concepto de calidad de vida, valorando aquellos aspectos del funcionamiento del individuo, sobre los que puede repercutir la enfermedad o el tratamiento.

Hornsquist define las áreas que engloban el concepto de calidad de vida e indica los siguientes aspectos o dimensiones que conforman la estructura de la CV:

- Físico
- Psicológico
- Social
- Actividades
- Material
- Estructural

Esta estructuración de la CV, es probablemente la más completa de las realizadas hasta la fecha. La mayoría de los estudios sobre calidad de vida recogen indicadores del estado y actividad físicos, estado psíquico, relaciones sociales y actividades de la vida cotidiana. El área material de Hornquist se incluye en pocos estudios, sin embargo, la repercusión de la enfermedad en éste área, puede ser bastante importante, dado que con frecuencia los enfermos crónicos se ven obligados a dejar el trabajo. Por otro lado, el tratamiento conlleva gastos que contribuyen a debilitar la economía del paciente o de su familia. Además de la diversidad de las dimensiones postuladas para evaluar la CV, es necesario señalar que incluso cada área, puede ser interpretada de distinta manera en diversos estudios; así la dimensión física se refiere en unos casos a quejas o dolores y en otros hace referencia a la movilidad. No obstante, a pesar de la diversidad, existe consenso en el sentido de que las dimensiones postuladas por Hornquist, caracterizan de modo bastante completo el significado conceptual de calidad de vida.

Otros autores añadirían una séptima dimensión denominada profunda, que estimaría los aspectos más individuales y subjetivos de la vida de una persona<sup>6</sup>. Con esta dimensión se pretende reconocer el carácter individual de la CV, se trata de la calidad de vida de una persona concreta con su propia filosofía y sus propios intereses y ambiciones. El

reconocimiento de este carácter individual y subjetivo, tiene una importancia trascendental a la hora de evaluar CV: ¿puede una persona ajena al propio paciente, como puede ser su médico, conocer realmente su calidad de vida, sí por definición conlleva un peso subjetivo fundamental?. Más aún, cada persona atribuye a cada área un valor distinto, por lo que no sería lógico calcular una estimación global de la calidad de vida de un sujeto, como la simple adición de puntuaciones obtenidas en cada una de las áreas, dado que el peso de cada una de ellas es distinto en los distintos individuos.

Un índice global de calidad de vida calculada de esta forma, estaría ocultando el impacto diferencial de la enfermedad y su tratamiento, en cada individuo.

En los últimos años se está produciendo un incremento en la utilización de los indicadores de CV en todas las áreas médicas. Este auge, en utilizar métodos de valoración de la calidad de vida en enfermedades crónicas, se debe a la creciente importancia social, que se le atribuye en los países desarrollados. A este nuevo concepto de CV, así como al hecho reciente de poder disponer de cuestionarios indicadores de esa calidad de vida más breves, más fáciles de comprender y de aplicar; y de más elevada validez y fiabilidad, podemos atribuir parte del auge en dicha disciplina en los últimos años.

También ha representado un papel importante, el impacto que ha generado la publicación de varios ensayos clínicos y estudios epidemiológicos en los que se ha demostrado que estos indicadores son altamente sensibles a los cambios clínicos relevantes ( ver bibliografía 2,6,13,23,36)

La CV relacionada con la salud se puede estudiar desde distintos niveles de complejidad. En este sentido, las distintas medidas de calidad de vida, relacionadas con la salud, son parte de un espectro continuo de progresiva complejidad a medida que se suman interacciones de factores biológicos sociales y psicológicos. Así, en un extremo se sitúa la medida de parámetros exclusivamente biológicos, por ejemplo cifras de albúmina o nivel de hematocrito, y en el extremo opuesto, se sitúan los indicadores de calidad de vida más complejos e integrados: funcionalismo físico y percepción sobre la enfermedad. Estos últimos indicadores del nivel de integración mayor y más complejos, son los que conforman la CV del paciente crónico.

Definir la CV en el momento actual es, por tanto, un reto difícil de afrontar debido a la evolución sociocultural del mundo moderno y a las enormes diferencias de población en él existentes. Por ejemplo, la valoración de la CV de los países del tercer mundo, comparados con el mundo occidental, con referencia a la enfermedad, ó la propia

incidencia de la enfermedad hipertensiva entre diferentes razas y ubicación geográfica. Por ello debemos tener en cuenta, algunas variables, que la pueden modificar. En este caso se encuentran la relación entre calidad de vida y sexo<sup>7,10</sup>, raza<sup>8</sup>, edad<sup>2,9,10</sup>, estado físico, enfermedad, ó situación socioeconómica, demográfica y psicológica entre otras<sup>2,9,12</sup>. Con lo que podemos llegar a la conclusión de que su definición no es tan fácil como en principio pudiera parecer. La CV, está además, condicionada por factores externos a la persona y algunos de ellos no son modificables. En el caso del sexo femenino se trata de una de las variables que presenta una persistente correlación negativa con la calidad de vida tanto de personas sanas como enfermas<sup>7,11</sup>.

En resumen, el estado funcional y la CV del paciente crónico, van a ser el resultado de la integración de factores de la propia personalidad y motivación del paciente, los síntomas motivados por la enfermedad crónica, los efectos secundarios de la medicación recibida<sup>11</sup>, las condiciones medioambientales, el apoyo social y el nivel económico en que el paciente se desenvuelve.

#### SUBJETIVIDAD DE LA CALIDAD DE VIDA

El impacto que la calidad de vida tiene en nuestro comportamiento diario es considerable, existiendo numerosos motivos y variables subjetivas, que deben ser cuantificadas, cuando las relacionamos con la salud ó enfermedad.

Dentro de un cuestionario de hipertensión podemos plantearnos si el diagnóstico de hipertensión supone un cambio en la vida del paciente, y así mismo, como lo percibe éste, dependiendo de sus propios síntomas y de las cifras de presión arterial. Están, además, los efectos secundarios de la medicación activa antihipertensiva vs. placebo, y/o tratamiento higiénico-dietético, y el tipo de CV que se le ofrece a partir de ese momento. Con ello, valoraríamos la repercusión producida por el diagnóstico de la enfermedad, incluyendo variables psicológicas y síntomas percibidos.

Aquí se presentan, diferencias significativas, en el valor de todas las áreas exploradas, en el sentido de que empeora la calidad de vida objetiva, en el cuestionario, a medida que aumenta el grado percibido de la enfermedad, por él diagnóstico (cuanto peor acogen los pacientes él diagnóstico de Hipertensión arterial, peor calidad de vida)<sup>12</sup>.

No hay dos personas que reaccionen igual ante la enfermedad; ya que, como hemos comentado existen diferentes fuentes de conflictos<sup>7,12,13</sup>:

- a) Aislamiento familiar y social, si él diagnóstico condiciona ingreso hospitalario

- b) Preocupaciones económico-laborales
- c) Entrada en un ambiente desconocido, con normas no conocidas, sensación de falta de control del medio
- d) Sentimientos de inseguridad, indefensión y vulnerabilidad. La sensación de no control
- e) Necesidad de un cambio de hábitos de conducta personal: dieta, ejercicio, medicación
- f) Estar sometido a una serie de exploraciones, pruebas complementarias y prácticas sanitarias
- g) Convivencia con el dolor y el sufrimiento
- h) Escasa información sobre su estado de salud y su pronóstico
- i) Sentimiento de dependencia, para poder preservar su salud
- j) Preocupación por la evolución de su enfermedad y su pronóstico

Los principales factores que van a influir, a la hora de reaccionar ante la enfermedad son básicamente <sup>14</sup>:

A).- La personalidad del individuo y las experiencias vividas anteriormente.

B).- El tipo de enfermedad: La hipertensión es una enfermedad crónica, lo que puede generar rechazo y hostilidad.

Esta subjetividad no evita la relación lineal existente entre las cifras de presión arterial y el riesgo de muerte <sup>15, 16</sup> por desarrollo de enfermedad coronaria, ó el desarrollo de síntomas psicológicos<sup>16</sup>, como ha sido claramente establecido.

En este sentido, la persona enferma que no presenta síntomas, desconoce el riesgo al que se somete en el caso de no ser diagnosticado y tratado; inclusive en algunas de estas ocasiones, no parece consciente de la importancia de su enfermedad dado que subjetivamente se encuentra bien.

Sin embargo, tratándose de la hipertensión, los potenciales beneficios que se pueden obtener con el tratamiento y descenso de las cifras de presión arterial, puede llevar consigo efectos desfavorables que alteren la CV, lo que todavía hace más subjetiva su valoración.

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Además de la diversidad de dimensiones postuladas para evaluar la CV, es necesario señalar que incluso cada área, puede ser interpretada de diferente manera en los diversos estudios realizados; así la dimensión física se refiere en unos casos a quejas o dolores y en otros hace referencia a la movilidad física. No obstante, a pesar de la diversidad, existe consenso en el sentido de que las dimensiones postuladas por Hornquist, caracterizan de modo bastante completo el significado conceptual de calidad de vida.

## MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA. CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA

Para medir la CV se utilizan cuestionarios que previamente han demostrado su capacidad para medirla. Estos cuestionarios suelen combinar indicadores subjetivos y objetivos de calidad de vida.

Ejemplos de indicadores subjetivos de calidad de vida:

- Sentido de bienestar
- Satisfacción global con la vida
- Afectos
- Vida sexual
- Papel - participación social (matrimonio, amigos, hijos, religión)
- Apetito
- Participación en actividades diarias
- Cumplimiento en el trabajo

Ejemplos de indicadores objetivos:

- Desempleo
- Tipo de ocupación: tiempo completo o parcial
- Días de hospitalización
- Horas de sueño nocturno
- Número de actividades realizadas en el día
- Nivel de dolor
- Frecuencia de relaciones sexuales

## MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA POR CUESTIONARIOS



A continuación, se describen algunos ejemplos de cuestionarios genéricos de CV, frecuentemente utilizados para evaluarla, en el paciente crónico:

ESCALA DE KARNOFSKY<sup>17</sup>: valora el estado físico y autosuficiencia funcional en una escala de 10 niveles (cien es el estado perfecto de salud, 10 moribundo).

QUALITY OF LIFE INDEX (QLI): Desarrollado por Spitzer<sup>18</sup> diseñado para enfermos crónicos, consta de 5 ítems, que investigan estado psicosocial referidos a:

- Actividad
- Salud
- Soporte familiar y amistad
- Vida diaria
- Actitud mental

Se puntúa en una escala de cero a dos, la puntuación máxima es diez.

PSICOSOCIAL ADJUSTEMENT TO ILLNES SCALE (P.A.I.S.): Diseñado para enfermos crónicos<sup>19</sup> Investiga la adaptación a la enfermedad. Consta de 45 ítems con cuatro respuestas cada uno graduadas de uno a cuatro, agrupados en siete áreas:

- Actitud ante la salud
- Ambiente laboral
- Ambiente doméstico
- Relaciones sexuales
- Relaciones familiares
- Ambiente social
- Distress psicológico

Se obtienen puntuaciones independientes para cada área.

SICKNES IMPACT PROFILE (S.I.P.)<sup>20</sup>: Es un cuestionario basado en el comportamiento. Consta de 136 ítems que presentan situaciones de disfunción relacionadas con la enfermedad. Es un cuestionario ampliamente utilizado y referido. Frecuentemente se le pone cómo referencia para contrastar resultados obtenidos con otros cuestionarios. Es el cuestionario con mayor peso demostrado para medir calidad de vida.

Estructura del SIP: 136 ítems divididos en 12 categorías; se obtienen valoraciones de cada categoría y tres valoraciones conjuntas de varias dimensiones o áreas (dimensión física, dimensión psicosocial y puntuación global del S.I.P.).

Cada ítem se responde afirmativa o negativamente y tiene un valor o peso establecido.

Una respuesta afirmativa significa que existe una limitación. Al calcular las puntuaciones, cero significa

ausencia de limitación o de disfunción y cien la máxima limitación en la calidad de vida, según este indicador.

SHORT-FORM 36-ítems HEALTH SURVEY ( SF-36): Ha sido desarrollado por el Medical Outcomes Study <sup>21</sup>. Consta de 36 ítems cada uno de los cuales tiene una respuesta graduada en varios niveles de disfunción (entre dos y seis niveles). Los 36 ítems se agrupan en dos áreas, el estado funcional y el bienestar emocional. El área del estado funcional está representada por las siguientes dimensiones: Funcionalismo social, limitaciones por problemas personales o emocionales, limitaciones por problemas de salud física. El área del bienestar incluye las dimensiones de salud mental, vitalidad y dolor. Finalmente, la evaluación general de la salud incluye la dimensión de la percepción de la salud general y el cambio de la salud en el tiempo. Se incluye, además, un ítem que valora la percepción del paciente de los cambios en su estado de salud.

Los ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud. En cada dimensión se codifican en una escala que tiene un recorrido que va desde cero (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100, el mejor estado de salud.

QOL – PHYSICAL SYMTOMS DISTRÉSS INDEX<sup>22</sup>:

Cuestionario específico para la medida de la afectación física, síntomas e impacto psicológico tales como: ansiedad, aumento ó disminución del control emocional, depresión, ligazones emocionales, afectos positivos en general, estado de salud percibido y vitalidad ( Rand Mental Health Index)<sup>23</sup>. Estas variables se pueden presentar y valorar en el paciente hipertenso, así cómo un índice en la medida de síntomas físicos de distress (PSDI).

El PSDI es un cuestionario validado previamente<sup>24</sup>, al que se le introducen modificaciones. Consta de 73 ítems, de los cuales 2 son únicamente utilizados en

hombres. El cuestionario, investiga acerca de una serie de síntomas asociados específicamente con la hipertensión, así como sobre los efectos adversos de uno o dos medicamentos administrados, calificándose las respuestas entre 0–5, siendo 0 la ausencia de síntomas por medicación y 5 el desarrollo extremo de síntomas aparecidos desde el inicio de la toma de medicamentos. Con este cuestionario se pretende explorar la respuesta a la medicación antihipertensiva y su tolerancia.

Específico, tanto para medir la sensibilidad de los pacientes en el desarrollo de efectos secundarios, como para la posible aparición de síntomas neurológicos no conocidos y que afecten al Sistema Nervioso Central. Es sensible en pacientes con edades comprendidas entre 20 – 80 años, afectados por hipertensión en estadios entre I y III, definidos como Presión Arterial Sistólica de 140 a 190 mmHg, y Presión Arterial Diastólica con valores entre 90 a 115 mmHg y afectación orgánica.

## RELEVANCIA DE LA CALIDAD DE VIDA

En los últimos años se está produciendo, como hemos visto, un incremento en la utilización de los indicadores de CV en todas las áreas médicas. Este auge en la utilización de métodos, de valoración de la calidad de vida en enfermedades crónicas, se debe a la creciente importancia social que se le atribuye en los países desarrollados al concepto de CV. Así como a poder disponer de cuestionarios indicadores de CV más breves, más fáciles de comprender y de aplicar y de elevada validez y fiabilidad. También ha representado un papel importante, el impacto que ha generado la publicación de varios ensayos clínicos y estudios epidemiológicos en los que se ha demostrado que estos indicadores son altamente sensibles a los cambios clínicos relevantes. La CV relacionada con la salud, se puede estudiar desde distintos niveles de complejidad. En este sentido, las distintas medidas de calidad de vida relacionadas con la salud, son parte de un espectro continuo de progresiva complejidad.

A medida que se suman interacciones de factores biológicos sociales y psicológicos, en un extremo se sitúa la medida de parámetros exclusivamente biológicos, por ejemplo, cifras de albúmina o nivel de hematocrito; en el extremo opuesto se sitúan los indicadores de calidad de vida más complejos e integrados (funcionalismo físico y percepción sobre la enfermedad). Estos últimos indicadores del nivel de integración mayor y más complejos, son los que conforman la CV del paciente crónico. En resumen, el estado funcional del paciente crónico va a ser el resultado de la integración de factores de la propia

personalidad y motivación del paciente, los síntomas motivados por la enfermedad crónica, el tratamiento recibido, las condiciones medioambientales y el apoyo social y nivel económico en el que el paciente se desenvuelve.

## **INTERRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA É HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

El impacto que la CV tiene en nuestro comportamiento diario es considerable, existiendo numerosos motivos y variables subjetivas, que deben ser cuantificadas cuando relacionamos éstas con la salud ó enfermedad, en este caso la Hipertensión Arterial. Existe una considerable relación en el efecto que la hipertensión arterial tiene en la CV; especialmente por tratarse de una enfermedad crónica y más si consideramos una hipertensión moderada sin síntomas y estos pueden aparecer como efecto secundario de la medicación; siendo más marcado cuando hablamos de personas enfermas crónicas, sometidas a modificaciones de su régimen de vida, hábitos alimenticios y de comportamiento (tabaco, alcohol, ejercicio físico o cambios de actitudes sexuales), como ocurre con el paciente hipertenso. Inclusive, tratándose de algún tipo de hipertensión asintomática, como la hipertensión ligera ó en estadio inicial (Estadio I del JNC V<sup>25</sup>), la percepción del paciente a su avance ó a los beneficios del control de la misma, pueden ser muy subjetivas<sup>13,26</sup>, por lo que, anteriormente en este capítulo, se reseñan los cuestionarios validados y sensibles, más adecuados para recoger tanta diferencia de percepciones, tanto objetivas como subjetivas<sup>22,25</sup>.

Esta subjetividad no evita la relación lineal existente entre las cifras de presión arterial y el riesgo de muerte<sup>14</sup> por desarrollo de enfermedad cardiovascular, por ejemplo, como ha sido claramente establecido. En este sentido la persona enferma que no presenta síntomas, desconoce el riesgo al que se somete en el caso de no ser diagnosticado y tratado; inclusive en algunas de estas ocasiones no parece consciente de la importancia de su enfermedad, dado que subjetivamente se encuentra bien.

Cabria preguntarse, ¿cómo afecta el conocimiento de una enfermedad de amplia prevalencia y riesgo conocido, como es la hipertensión arterial, a la CV?.

Psicológicamente los pacientes hipertensos, pueden ser valorados en el sentido de “encontrarse bien” ó con síntomas tales como la “ansiedad y la depresión” ya que éstos se han demostrado como los que con más frecuencia preocupan a los pacientes hipertensos<sup>10</sup>. Actualmente se precisan medidas más concretas de los cambios

psicológicos que sobre el organismo se producen con la propia enfermedad y su tratamiento<sup>25,27,28</sup> .

Considerada, sin embargo, inicialmente como una enfermedad menor; cuando el tratamiento farmacológico se aplica, fundamentalmente a pacientes con hipertensión arterial grave, resulta más relevante, teniendo en cuenta, que en la actualidad, se tiende a clasificar a los pacientes en muy diversas categorías de afectación orgánica<sup>25</sup>, aplicándose criterios de riesgo cardiovascular a todas las categorías de pacientes hipertensos y planteándose como objetivos del tratamiento, conseguir cada día cifras “mas ajustadas” a los riesgos cardiovasculares<sup>22,27</sup> consideradas imposible hace años. Al hablar de CV, estamos hablando por tanto, no solo de tolerancia clínica ó metabólica a la enfermedad, sino de ausencia de síntomas, incluidos los derivados de la medicación recibida ó de sus efectos secundarios.

## COMO AFECTA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL A LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida del paciente hipertenso presenta, además de todas las características anteriormente anotadas, otras connotaciones ó variables debido a los efectos adversos del tratamiento que recibe, en el caso de que sea farmacológico<sup>27</sup>. La percepción de su estado de salud y estado psicológico, relacionados con “encontrarse bien” ó por el contrario percibirse psíquicamente irritable, ansioso ó deprimido en relación con su enfermedad, va a estar, en parte condicionadas por el tratamiento que recibe<sup>22,28</sup> ó por los cambios de vida que debe realizar. Sin embargo, tratándose de hipertensión, los potenciales beneficios que se pueden obtener con el tratamiento y descenso de las cifras de presión arterial, puede llevar consigo efectos desfavorables que alteren la CV, lo que todavía hace más subjetiva su valoración.

Siendo la CV, un concepto referido a una percepción subjetiva del estado de bienestar físico y psicológico, incluyendo función cognitiva, relaciones sociales y actividad laboral así como satisfacción vital, cualquier enfermedad crónica va a repercutir en mayor o

menor grado en el estado de salud percibido por el paciente. La utilización de cuestionarios adecuados de calidad de vida puede poner de manifiesto estos cambios en la salud percibida, y descubrir aquellos nuevos síntomas desarrollados, tras instaurar un tratamiento<sup>13,22</sup>. El tratamiento que un paciente crónico debe recibir por su enfermedad también puede conllevar efectos negativos en su calidad de vida que será necesario ponderar antes de su prescripción.

La Hipertensión arterial es una patología crónica muy frecuente en la actualidad; el 20% de la población española, como promedio la sufre. La hipertensión ligera o moderada puede no conllevar molestias, cursando de forma asintomática, si aún no existe daño en órganos diana, pero produce deterioro en el sentido de bienestar y distress psicológico siendo causa de absentismo laboral<sup>29</sup>.

El principal objetivo a conseguir con el tratamiento de la HTA es la normalización en las cifras de TA de cara a prevenir el daño cardiovascular. Los fármacos utilizados en el tratamiento de la HTA pueden acompañarse de efectos negativos<sup>30</sup> en la percepción de salud por el paciente<sup>21</sup>. Por ello es fundamental promover la utilización de indicadores de salud (cuestionarios) válidos, para los pacientes hipertensos, y así poder monitorizar la repercusión que la enfermedad tiene en la CV del paciente y su evolución tras recibir un determinado tratamiento antihipertensivo u otro así como para realizar un análisis de costo-eficacia entre diversos tratamientos.

Para conseguir estos objetivos será necesario utilizar instrumentos de carácter genérico ó específico que hayan demostrado su fiabilidad reproducibilidad y consistencia interna, en resumen su validez para medir calidad de vida en estos pacientes, como se ha especificado con el QOL<sup>22</sup>.

Una cuestión importante en el campo de la HTA, es la falta de cumplimiento con el tratamiento prescrito. Entre un 16% y un 33% de los pacientes hipertensos tratados, abandona el tratamiento<sup>26, 31</sup>. La adherencia al tratamiento no va a depender sólo de la simplicidad en la dosificación de la medicación antihipertensiva sino fundamentalmente de los efectos adversos relacionados con esa medicación<sup>21,32</sup>.

Curb y cols.<sup>31</sup> publicaron los resultados de un estudio mostrando que el 35% de los caucasicos hipertensos que interrumpían el tratamiento antihipertensivo, lo hacían por

deterioro leve o discreto en su sentimiento de bienestar motivado por la medicación antihipertensiva.

Cuando hablamos de Calidad de Vida, en un contexto clínico, debemos tener en cuenta, no solo los problemas clínicos del paciente y los síntomas de los que se queja, sino, además, de aquellos que surgen nuevos en el contexto de su propio tratamiento<sup>9</sup>, incluyendo ambos aspectos, “encontrarse bien” tanto física como psicológicamente, sin sufrir deterioro añadido por el tratamiento.

Lo que quiere decir, no presentar síntomas de su hipertensión, como cefalea, visión borrosa y otras complicaciones de ésta y no presentar efectos secundarios nocivos de la medicación que toma, de tal manera que la administración de tratamiento no interfiera con su vida habitual, horarios, comidas y momentos de relax. Un ejemplo de ello, lo tenemos en los pacientes que toman tiazidas, los cuales presentan efectos secundarios hasta en un 17.1% en los hombres y un 12.8 % en las mujeres<sup>25,29</sup> fundamentalmente, con disminución de uno de los indicadores objetivos como es la disminución de la libido. A pesar de todo lo expuesto anteriormente, la CV del paciente hipertenso ha sido frecuentemente descrita, estudiada y comparada en diferentes protocolos de tratamiento, comparándola con la “población normal” sin tener en cuenta controles normotensos. Es importante, en este sentido tener una valoración dada por el propio paciente y recogida de forma protocolizada, acerca de pormenores de su vida, incluyendo, estado civil, divorciado, separado, casado, soltero; tipo de trabajo y ocupaciones habituales, educación recibida y factores demográficos como entorno social en el que se desenvuelve etc.<sup>7, 8, 14</sup>.

## CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS Y CONTROLES SANOS.

Basándonos en estudios previos realizados entre hipertensos y controles sanos, se podría dividir la valoración de los pacientes mediante cuestionarios estándar de CV, que valoren ambos grupos:

- A) Cuestionarios de síntomas y actividad física: comprende recogida de datos acerca del trabajo y actividades de tiempo libre, síntomas de enfermedad y efectos secundarios del tratamiento<sup>12, 20,21</sup>.
- B) Estado psicológico valorado por subgrupos, como marcadores de morbilidad ó señales de malestar, tales como ansiedad, depresión, somatización, estado de conciencia y hostilidad<sup>15,16,20</sup>.

- C) Cuestionarios de salud general: definidos como un chequeo ó screening de morbilidad psiquiátrica<sup>19</sup>.
- D) Cuestionarios relativos a autovaloración de la memoria.

Los cuestionarios deben valorar la CV, entre salud y enfermedad hipertensiva, ya que ambas situaciones parecen ser influenciadas, por gran variedad de factores de índole biológica, sociodemográfica y psicológica añadiéndose las derivadas de la propia medicación, así en los Programas de Salud y Seguimiento de la Hipertensión<sup>14</sup>. Ya en el año 1985 se describe, que hasta un 33% de los pacientes hipertensos abandonan su tratamiento por efectos secundarios de la medicación recibida. Debido a ello, aunque los valores del grado de hipertensión, de partida, antes del tratamiento y el grado de control alcanzado con éste, influyen de forma decisiva en las modificaciones que sufre el paciente en su calidad de vida, un gran número de pacientes, no llegan a completar su tratamiento, lo que impide el efecto beneficioso, conseguido tras el control adecuado de la presión arterial<sup>33</sup>. Sin embargo, las drogas antihipertensivas, sabemos que a su vez, pueden tener un impacto negativo sobre la vida diaria del paciente y diferentes esferas de su comportamiento.

## **COMO MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HIPERTENSO.**

*Ansiedad y vida diaria.* En la evolución de algunas enfermedades crónicas, se comete el error, de creer que la vida de los pacientes, está limitada por el transcurso de éstas; el propio paciente, tiende a encontrarse falto de “salud”, sin tener en cuenta que, después del diagnóstico de enfermedad hipertensiva, se suceden varios años de evolución en diferentes estadios<sup>25</sup>, condicionados en parte por la sensación de bienestar que el paciente percibe, ajustada a su edad<sup>7</sup>, además de a otros parámetros psicológicos y físicos, como ya hemos comentado previamente. Durante la enfermedad hipertensiva el vigor físico dependerá en gran parte del tipo de vida seguido por el paciente y de sus condiciones tanto físicas como mentales para adaptarse a la enfermedad evitando el sedentarismo que aumenta con la edad. Existen varias condiciones que comentaremos a continuación, más detalladamente. Sin embargo, en gran medida, la situación general física del paciente, va a depender de que mantenga una dieta alimenticia equilibrada y de



que se mantenga en buena forma física y psíquica con lo que podrá llevar a cabo una vida diaria normalizada, evitando la ansiedad que poco a poco puede irse instaurando en su vida, ante las preocupaciones.

El descanso, la relajación y una serie de actividades lúdicas ayudan a mantenerse activo y con la mente alerta, evitando situaciones de stress ansiedad ó depresión. Es importante mantener una actitud positiva, ya que cuando una persona considera que está enferma, se comporta con condicionantes negativos en la aceptación de su realidad y sus capacidades. Esto le vá a permitir ser eficaz y competente en su trabajo diario, manteniendo la confianza en sí mismo para poder disfrutar de la vida, sin sentirse enfermo.

*Estrés y enfermedad.* Para la mayor parte de las personas, el simple hecho de “enfermar”, lo perciben como una situación amenazante y desencadenante de respuestas de estrés, que a su vez agrava su situación basal, conduciendo a un estímulo del sistema nervioso Simpático y transformándose en un círculo vicioso que empeora la situación. Por ello, cuanto más participe el paciente en su propio cuidado, más positiva será su adherencia al tratamiento, cumplimiento del mismo y rehabilitación; a ello contribuye la responsabilidad medica de facilitar la mayor información posible, así como lo mas exacta y completa sobre la enfermedad y estado de salud, para ofrecerle la posibilidad de participar en el proceso evolutivo de su enfermedad y contribuir al máximo bienestar físico y emocional.

#### *Medidas higiénico-dietéticas*

El uso de medidas no farmacológicas o de modificaciones en el estilo de vida son ampliamente aconsejadas por los diferentes Comités y Organismos oficiales, sin embargo, la prescripción por los médicos y cumplimiento por los pacientes es escasa. El cumplimiento de estas medidas conlleva un tiempo de instrucción y motivación del que no siempre se dispone. Una de las primeras medidas a seguir es la reducción del grado de ansiedad, para ello, una variedad de terapias de modificación conductual incluyendo meditación trascendental, yoga, biofeedback (biorrealimentación) y psicoterapia. Cualquiera de éstas técnicas, no solo ayudan a controlar las cifras de presión arterial, sino a aumentar la autoestima del propio paciente llegando en ocasiones a poder reducir la medicación antihipertensiva. Otro aspecto que influye en la CV del paciente hipertenso es la reducción del estrés, como ya hemos comentado, que no es más que la disminución de la hiperreactividad del sistema nervioso simpático. Las personas se convierten en

hipertensas no porque sufran mayor estrés sino porque responden de forma diferente a las situaciones de estrés. Sin embargo, para otros autores esta relación entre estrés e hipertensión arterial no parece tan clara, ya que dependería de varios factores, naturaleza del estrés, la percepción del estrés por parte del individuo y de la susceptibilidad del individuo. Una de las técnicas más empleadas en el control de la hipertensión arterial es la biorrealimentación, que consiste en la utilización de instrumentos monitores, generalmente eléctricos, con objeto de detectar y amplificar procesos fisiológicos internos, para poner a disposición del sujeto esta información, posibilitando el control voluntario y su modificación. Lo que se intenta es facilitar la información sobre funciones fisiológicas de las cuales no es consciente, para dar posibilidad a un control volitivo de funciones biológicas que se consideran autónomas. Aunque los resultados de su utilización no han sido excesivamente satisfactorios, su utilidad aumenta cuando se ha combinado con otras técnicas indirectas de control de la presión arterial, por ejemplo la relajación muscular. La práctica con regularidad de ejercicios físicos que proporcionan la pérdida de calorías en exceso, tono y fuerza muscular y ayudan a equilibrar el sobrante de la dieta de cada día. Estos ejercicios se deben de realizar de forma aeróbica y con gasto de energía cuantificable, siendo en realidad suficiente con unos 40 minutos de paseo rápido aeróbico al menos 4 – 5 días a la semana. El ejercicio físico es un soporte magnífico para eliminar tensiones y contracturas musculares, cefaleas y otros síntomas generados por el estrés diario, con lo que evitaremos que el paciente lo atribuya a su enfermedad hipertensiva. Entre las medidas higiénico-dietéticas, resulta interesante poder transmitir mensajes y recomendaciones veraces, a los que probablemente los médicos hemos dado poca importancia. Nos referimos, al abuso de ciertas sustancias, sean ó no favorecedoras de hipertensión, como son el tabaco, el alcohol, la cafeína y otros hábitos propios de la civilización actual. El propio sedentarismo, (ver la TV ó estar delante de un ordenador durante horas), lo que nos da pie, al inicio de capítulos como el siguiente en que se contemplan otros aspectos de gran acción terapéutica coadyuvante de la medicación. Aunque una serie de estudios han mostrado una pérdida de la CV de los pacientes después de estas medidas<sup>34</sup>, no se ha llegado a comprobar deterioro de la CV después del seguimiento cuidadoso de tres años, en 508 hombres hipertensos<sup>35</sup>. Además, el estudio TOMHS, demostró tras el uso de estas medidas, una mejora evidente de la CV<sup>36</sup>.

*Efectos secundarios de las drogas antihipertensivas*

En los últimos 20 años, se han realizado un número elevado de estudios para valorar los efectos secundarios de las drogas antihipertensivas en la CV, utilizando varias escalas y cuestionarios, algunos ya comentados previamente. Solo 9 de ellos publicados a lo largo de 1991 cumplían criterios de aleatorización comparando los efectos de unos fármacos frente a otros. Los resultados, confirmaron que aunque el 10-20% de los pacientes experimentaron efectos adversos de la mayoría de las drogas usadas, el impacto global en la calidad de vida, durante un periodo de 2 a 6 meses de análisis, fue positivo. Sin embargo, cada grupo farmacológico y cada droga presentan diferentes perfiles de efectos adversos y sólo bajo un estrecho control pueden ser detectados <sup>23</sup>.

### **MEDICIÓN DE LOS BENEFICIOS DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA**

En los ensayos clínicos, generalmente medimos tasas de supervivencia tras una intervención.

En nuestro caso debemos trasladar estos conceptos, a otros, como cambios en la calidad de vida. Algunos pacientes desean sacrificar un tiempo de su vida por mejorar su CV.

Esto es bastante frecuente en aquellos pacientes con enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica). ¿Pero en que medida se está dispuesto para ello?

Generalmente, siempre intentamos mantener la movilidad física y la ausencia de dolor, lo que se traduciría en poder realizar actividades diarias y mantenerse con una vida social activa. La esperanza de vida y la Calidad de vida podrían unirse en un único beneficio, la calidad de vida ajustada por año.

A pesar de las muchas preguntas que pueden quedar sin contestar, existe un aumento en el reconocimiento de la necesidad de considerar la Calidad de Vida cuando se toman decisiones a cualquier nivel.

La perseverancia  
es la virtud por la  
cual, todas las  
otras virtudes dan  
frutos. A. Graf

---

## **BIBLIOGRAFIA**

- <sup>1</sup> Cambell A. The sense of well-being in America. N.Y. McGraw-Hill1981.
- <sup>2</sup> Haes JCJM: Quality of life: Conceptual and theoretical considertions. En M. Watson, S. Greer & C. Thomas (Eds). Proceedings of the second and third meetings of the British Psychosocial Oncology Group. Pergamon Press. Oxford. 1986.
- <sup>3</sup> World Health Organization: The constitution of the World Health Organization. WHO Chron 1:29: 1947.
- <sup>4</sup> Sheeper H , Levitt M: Measuring quality of life: Risks and Benefits. Cancer Treat Rep 1985; 69:1115.
- <sup>5</sup> Hornquist JO: The concept of Quality of Life. Scand J Soc Med 1982; 10:57.
- <sup>6</sup> Calman KC: Definitions and Dimensions of quality of life. En N.K. Aaronson y J.H. Beckman (Eds). The Quality of Life of Cancer Patients. Raven Press, N.Y.1998.
- <sup>7</sup> Oakley A. Who cares for health? Social relations, gender and public health. J Epidemiol Comm Health 1994; 48:427-434.
- <sup>8</sup> Crockett AJ, Cranston JM, Moss JR, Alpers JH. The MOS SF-36 survey questionnaire in severe chronic airflow limitation: comparison with the Nottingham Health Profile. Quality of Life Research 1996; 5:330-338.
- <sup>9</sup> Deshotels A, Planchock N, Dech Z, Prevost S. Gender differences in perception of quality of life in cardiac rehabilitation patients. J Cardiopulm Rehabil 1995; 15:143-148.
- <sup>10</sup> Meddin JR. Sex differences in depression and satisfaction with self: findings from a United States national survey. Social Science and Medicine. En Cambell A. The sense of well-being in America. McGraw-Hill, N.Y.1981.
- <sup>11</sup> Fuensanta Moreno, Damaso Sanz-Guajardo, JM Lopez-Gomez, R Jofre, F Valderrabano, for the Spanish Cooperative Renal Patients Quality of Life (Jarillo D). Study Group of the Spanish Society of Nephrology. J Am Soc Nephrol 2000. 11 : 335-342.
- <sup>12</sup> Brondolo E, Rosen RC, Kostis JB, Schwartz JE. Relationship of physical symtoms and mood to perceived and actual blood pressure in hypertensive men: a repeated-measures desing. Psychosom Med 1999; 61:311-318.
- <sup>13</sup> Kellner R, Sheffield BF. A self-rating scale of distress. Psychol Med 1973; 3: 88-100.
- <sup>14</sup> Battersby C, Hartley K, Fletcher AE, Markowe HJL, Styles W, Sapper H, Bulpitt CJ. Quality of Life in treated hypertension: a case-control community based study. . J Hum Hypertens 1995; 9:981-986.
- <sup>15</sup> MMc Mahon, S., Peto, R., Cutler, J, Et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 1. Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies correct for the regression dilution bias. Lancet 1990. 335: 765-774.
- <sup>16</sup> Bulpitt CJ, Hoffbrand BI, Dollery CT. Psychological features of patients with hypertension attending hospital follow-up clinics. J. Psychosom Res 1976; 20:403-410

- 
- <sup>17</sup> Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In Macleod CM editor. *Evaluation of Chemotherapeutic agents*. Columbia Press, New York, NY, 1949, pp191-205.
- <sup>18</sup> Spitzer WO, Dobson AJ et al. Measuring the quality of life of cancer patients: A concise QL Index for use by physicians. *J.Chron Dis* 1981; 34:585.
- <sup>19</sup> Derogatis LR: *Scoring and procedures manual for PAIS*. Baltimore: Clinical Psychometric Research 1976.
- <sup>20</sup> Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a Health status measure. *Med Care* 1981; 19:787-805
- <sup>21</sup> Ware JE, Sherbourne CD. The Mos Short-Form Survey (SF 36). Conceptual framework and Item selection. *Med Care* 1992; 32:473-481.
- <sup>22</sup> Anderson RB, Hollenberg NK, Williams GH. Physical Symptoms Distress Index: a sensitive tool to evaluate the impact of pharmacological agents on Quality of life. *Arch Intern Med* 1999; 159:693-700.
- <sup>23</sup> Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Pshychol*. 1983;51: 730-742.
- <sup>24</sup> Anderson RB, Testa MA. Symptom distress checklists as a component of quality of life measurement: comparing prompted reports by patient and physician. *Drug Inf J* 1994; 28: 89-114.
- <sup>25</sup> VI Joint National Committee. *Arch Intern Med* 1997; 157:2413-2446.
- <sup>26</sup> Croog SH, Levine S, Testa MA, et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *N Engl J Med* 1986; 314:1657-1664.
- <sup>27</sup> World Health Organization. *International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension* 1999.
- <sup>28</sup> Testa MA, Anderson RB, Nackley JF, et al. Quality of life and antihypertensive therapy in men: a comparison of captopril with enalapril. *N Engl J Med* 1993; 328:907-913.
- <sup>29</sup> Os I. Quality of Life in Hypertension. *J Hum Hypertens* 1994; 8:S27-S30.
- <sup>30</sup> MRC Working Party on Mild to Moderate Hypertension. Adverse reactions to bendrofluazide and propranolol for the treatment of mild hypertension. *Lancet* 1981; ii:539-543.
- <sup>31</sup> Curb JD, Borhani NO, et al. Long-term surveillance for adverse effects of antihypertensive drugs. *JAMA* 1985; 253:3263-3268.
- <sup>32</sup> Tedesco MA, et al. Comparison of losartan and hydrochlorothiazide on cognitive function and quality of life in hypertensive patients. *Am J Hypertens* 1999; 12:1130-1134.
- <sup>33</sup> W. Gordon. Beyond Blood Pressure Control. Effect of Antihypertensive Therapy on Quality of life. *Am J Hypertens* 1988; 1:363S-365S.
- <sup>34</sup> Ramsay LE, Haq IU, Yeo WW, Jackson PR. Might non-pharmacological treatment disadvantage patients with hypertension? *J Hum Hypertens* 1995; 9:653-657.

- 
- <sup>35</sup> Agewall S, Wikstran J, Dahlof C, Fagerberg B. A randomized study of quality of life during multiple risk factor intervention in treated hypertensive men at high cardiovascular risk. *J Hypertens* 1995; 13:1471-1477.
- <sup>36</sup> Grimm RH Jr, Grandits GA, Cutler JA, 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; 157:638-48.