
Contribución de los tratamientos sintomáticos a la calidad de vida cotidiana

J. Costa

Servicio de Farmacología Clínica.
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

Introducción

La investigación sobre los resultados de la intervención médica tiene el potencial de reducir la variabilidad no deseada en la práctica asistencial, debida a lo que se ha denominado incertidumbre profesional. Sin embargo, no todas las variaciones son indeseables. Los pacientes difieren en cómo valoran los resultados de la intervención médica y en la cantidad de riesgos que son capaces de asumir. El umbral para la prescripción de un tratamiento médico para un paciente individual debe variar en función de estos valores.

De una manera simplista, podríamos considerar que cualquier condición médica puede conceptualizarse como una perturbación anatómica o fisiológica. Esta perturbación puede producir síntomas y/o alterar la expectativa de vida. Los síntomas y/o la alteración pronóstica pueden impedir la capacidad funcional del paciente, así como crear trastornos mentales y afectar el sentimiento global de bienestar. Finalmente, la interacción de estos aspectos con su temperamento, situación socioeconómica, y otros problemas médicos y no médicos determinarán cuánto él o ella deberán arriesgar para eliminar una determinada condición o mejorar su impacto.

La evaluación de la calidad de vida ha surgido en los últimos años como una parte importante de la evaluación global de la terapéutica farmacológica y de la atención sanitaria en general. Las técnicas de medida para esta difícil valoración oscilan desde preguntas simples sin reservas sobre el bienestar, hasta los análisis estadísticos complejos de una amplia variedad de estilos de vida y variables de actividad.

Hay diferencias básicas en cómo los pacientes se enfrentan a patologías crónicas o agudas. En las crónicas, planifican a lo largo de meses y años estrategias determinadas parcialmente por su papel, su actitud vital y sus recursos, aplicándolas durante las reagudizaciones. Para los problemas agudos, las decisiones se toman a

corto plazo y descansan básicamente sobre los síntomas¹.

Los factores que influyen en la calidad de vida durante los tratamientos farmacológicos crónicos difieren en los tratamientos de patologías sintomáticas frente a las que cursan de forma asintomática, e incluyen los efectos adversos, la mejoría de los síntomas, la mejoría pronóstica, el retorno al trabajo, la actividad física y la necesidad o no de posteriores ingresos hospitalarios.

La definición o criterios sobre calidad de vida varía entre los distintos individuos, y está más en relación con los propios individuos y su condición vital que con la enfermedad que padecen. La ausencia de estandarización de métodos de medida también contribuye a una falta de consenso y conduce a una falta en la comparación de los distintos estudios y a manifestaciones un tanto irracionales por parte de la industria farmacéutica.

En el presente artículo llevamos a cabo un somero repaso sobre la contribución que los tratamientos sintomáticos tienen en la calidad de vida cotidiana. Sin ánimo de exhaustividad se pretende comentar aquellas patologías que son más habituales desde la perspectiva de la atención primaria.

Ansiedad y calidad de vida

El tratamiento farmacológico de la ansiedad puede ser una valiosa ayuda en la reducción de los síntomas de ésta y en la recuperación de la capacidad funcional normal del paciente. Sin embargo, el tratamiento puede complicarse cuando la habilidad del paciente para actuar y reaccionar de forma eficaz con el medio ambiente se ve comprometida por el impedimento cognitivo y psicomotor. Los efectos indeseables de los ansiolíticos pueden tener un impacto adverso en la calidad de vida del paciente y, por consiguiente, en su aceptación y cumplimiento de la terapéutica².

Dolor y calidad de vida

Dentro de la medicación sintomática ocupan un lugar destacado los analgésicos y los antiinflamatorios. Desde el nacimiento de la figura del médico una de sus principales funciones ha sido el alivio del dolor. Si bien la existencia de este síntoma es la que justifica en parte la persistencia de una profesión, a menudo el médico se olvida de este objetivo. En ocasiones la inadecuada terapéutica del dolor radica en el uso incorrecto de los fármacos analgésicos, el desconocimiento de su farmacología³, la tendencia a la exageración de los riesgos potenciales de depresión respiratoria y adicción de los derivados opiáceos⁴, así como a la incomodidad que para el médico suponen las trabas de orden administrativo que dificultan la prescripción de fármacos estupefacientes.

La intensidad del dolor relacionado con el cáncer se correlaciona con la ansiedad y la depresión de forma muy significativa. Estos parámetros son significativamente más importantes en los pacientes que no disfrutaban o casi no disfrutaban de períodos libres de dolor. Éste tiene una influencia negativa en sus actividades diarias y en su capacidad de concentración, lo que implica disminución, relacionada también de forma significativa con la intensidad del dolor, de sus funciones sociales y cognitivas. El alivio del dolor mejora la calidad de vida de estos pacientes⁵.

El reconocimiento del impacto que la artritis reumatoide tiene sobre los individuos ha conducido al desarrollo de instrumentos para medir la calidad de vida en estos pacientes, si bien los distintos autores no acaban de ponerse de acuerdo en cuál de ellos es más eficiente. En 40 años de desarrollo en el área de los estudios sobre calidad de vida, el objetivo de la aplicabilidad al paciente individual, no se ha alcanzado⁶.

En la osteoartritis y utilizando como categorización de la calidad de vida el «Nottingham Health Profile» se intentó discriminar entre sí un fármaco analgésico antiinflamatorio como diclofenaco en preparado de liberación prolongada que mejor que una asociación analgésica a dosis fijas (32,5 mg de dextropropoxifeno + 325 mg de paracetamol). La mejor respuesta del dolor y la movilidad se evidenció con el antiinflamatorio, lo que sugiere la importancia que podía tener el componente inflamatorio de la osteoartritis en los pacientes que participaban en este ensayo; adicionalmente los pacientes tratados con diclofenaco tuvieron un menor número de problemas y de pérdida de horas laborales. No

se conoce si pudo influir la escala utilizada o algún otro tipo de sesgos, pero no se encontraron otras diferencias valorables con relación a la calidad de vida⁷.

Fiebre y calidad de vida

La fiebre continúa siendo un excepcional indicador de enfermedad. Desde los tiempos más remotos, al médico se le ha planteado la cuestión de si debía combatirla, ignorarla, o por el contrario, incluso, promoverla. No existen observaciones clínicas para corroborar que la elevación de la temperatura puede resultar claramente beneficiosa. Resulta evidente, por otra parte, que temperaturas superiores a 41,1 °C acarrearán una elevada mortalidad. Cuando la fiebre es prolongada comporta un mayor riesgo en pacientes cardíacos o en pacientes pediátricos propensos a padecer convulsiones. El tratamiento adecuado inicial de la fiebre es el que va dirigido a combatir su causa. El tratamiento sintomático con antipiréticos muchas veces debe posponerse y dar ocasión a la fiebre para que ejerza sus posibles funciones. Cuando la fiebre cause malestar o molestias, generalmente por encima de 39 °C, o bien se presente de forma prolongada en pacientes con insuficiencia cardíaca o sometidos a radiaciones ionizantes o en niños con antecedentes convulsivos, es cuando se instituirá el tratamiento farmacológico acompañado con las medidas físicas oportunas⁸. No existen estudios que evalúen la utilización de antipiréticos y calidad de vida.

Patología digestiva y calidad de vida

La patología digestiva puede presentar repercusiones sintomáticas con influencia notable sobre la calidad de vida. Dado que, en determinados trastornos digestivos, la esfera psicosomática desempeña también un importante papel, el tratamiento sintomático puede ser de gran interés en la contribución a la obtención del bienestar si previamente se ha descartado la organicidad. Entre los medicamentos sintomáticos dirigidos a la esfera digestiva destacan los antiarregios y los antieméticos. No se dispone de bibliografía relativa a la repercusión de este tipo de fármacos en cuanto a la calidad de vida.

Patología respiratoria y calidad de vida

El asma puede dar lugar a restricciones considerables en los aspectos físicos y sociales de

los pacientes con esta patología crónica. En esta entidad ha habido recientemente un cambio importante en la orientación terapéutica: la sustitución de la terapéutica sintomática con broncodilatadores por una terapéutica etiopatogénica con corticoides inhalados. Éstos disminuyen la reactividad bronquial y reducen la inflamación mucosa. Su uso regular mejora los síntomas, aumenta el flujo espiratorio máximo y permite que los pacientes asmáticos sometidos a tratamiento a largo plazo con prednisolona reduzcan la dosis oral. El uso regular y con dosis adecuadas de los corticoides inhalados reduce o suprime los síntomas de una manera segura y eficaz, facilitando la disminución en el uso de broncodilatadores inhalados en la mayoría de los pacientes⁹.

Si bien el cambio en la orientación terapéutica, que persigue un efecto más etiológico, representa una disminución en la utilización de la terapéutica sintomática, no deja de ser importante la evaluación sintomática con relación a la calidad de vida de los pacientes con asma, así como la evaluación en este sentido de los pacientes con patología pulmonar obstructiva crónica.

Para evaluar formalmente y medir la calidad de vida es necesario cuantificar la propia percepción del paciente. La técnica habitualmente más empleada es la respuesta a un cuestionario dirigido a una amplia variedad de aspectos vitales y áreas en las que la enfermedad puede alterar el funcionamiento social, emocional y físico del paciente. En general, los pacientes consideran que las molestias asociadas con los efectos del asma sobre la vida diaria son mayores en magnitud que los síntomas del asma. La extrapolación de que la reducción en la severidad de los síntomas comporta un aumento en la calidad de vida es peligrosa, ya que los síntomas solos pueden contribuir relativamente poco a la sensación global de malestar que experimentan estos pacientes¹⁰.

Dentro de la patología respiratoria existe un síntoma realmente molesto, la tos. No se han verificado estudios relativos a la utilización de antitusígenos y calidad de vida.

Síntomas urinarios y calidad de vida

Hay investigaciones que han demostrado que determinadas preguntas sobre la sintomatología urinaria y la calidad de vida podían ser responsables de intervenciones de prostatectomía por adenoma prostático. En ocasiones se ha planteado si este tipo de preguntas podían dis-

tinguir entre aquellos pacientes con y sin adenoma. Existen trabajos que permiten discriminar qué preguntas pueden ser más útiles para identificar a aquellos pacientes con hipertrofia prostática benigna, facilitando la selección de los que más se pueden beneficiar de evaluaciones urológicas adicionales y otro tipo de intervenciones terapéuticas¹¹.

El médico y los pacientes saben que los síntomas de la hipertrofia prostática benigna pueden afectar la habilidad de los pacientes en su funcionamiento físico y social. Su salud mental puede verse afectada por los cambios en su fisiologismo, por la incomodidad de los síntomas y por la preocupación sobre el deterioro futuro de su salud. Los clínicos también conocen que los pacientes varían grandemente en la frecuencia y severidad de los síntomas producidos por grados similares en la obstrucción de salida vesical fisiológica, así como en el grado de molestias ante niveles similares de síntomas¹².

Con el incremento en los costes sanitarios y el interés en las cuestiones sobre calidad asistencial se ha dirigido la atención hacia la investigación sobre los resultados de la intervención médica. Con relación a la hipertrofia prostática benigna sintomática, los pacientes, que deben elegir entre las distintas opciones terapéuticas, necesitan conocer los posibles resultados de estas alternativas, incluyendo lo fortuito de las posibles respuestas sintomáticas, del funcionalismo y de la sensación de bienestar¹².

La «Food and Drug Administration» americana publicó un sistema de puntuación de síntomas que se ha utilizado extensamente en el estudio de tratamientos no quirúrgicos de la hipertrofia prostática benigna¹³.

La evaluación de las distintas terapéuticas medicamentosas se complica por el hecho de que se ha demostrado que en estudios a corto plazo, los síntomas en los pacientes tratados con placebo mejoran, a pesar de la ausencia de mejoría consistente en los parámetros objetivos de obstrucción al flujo urinario. No está claro si estas respuestas a corto plazo persisten más allá del tiempo de realización de estos estudios (máximo un año), aunque en sendos estudios de 3 y 5 años de duración parecen confirmarse también. La reducción del volumen prostático asociada a la utilización de un inhibidor de la 5-alfarreductasa se correlacionó con una disminución en los síntomas, si bien la diferencia de esta disminución no fue significativa al compararla con la obtenida en el placebo¹².

Es de esperar que la ejecución de estudios adecuados en esta área aporte los conocimien-

tos precisos para mejorar la calidad terapéutica en este tipo de patología.

Conclusión

A pesar de la gran cantidad de publicaciones científicas existe un gran vacío en cuanto a la evaluación metodológicamente satisfactoria de la eficacia de las distintas terapéuticas sintomáticas, ya que en éstas no se pueden utilizar generalmente las variables denominadas «duras» que podrían emplearse para otro tipo de tratamientos. Otro elemento distorsionador serían las distintas tradiciones y hábitos diagnósticos y terapéuticos de las distintas culturas médicas en las distintas áreas geográficas, que impiden que puedan compararse con suficientes garantías de homogeneidad distintos tipos de tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Verbrugge LM, Ascione FJ. Common symptoms and how people care for them. *Med Care* 1987; 25: 539-569.
 2. Feighner JP. Impact of anxiety therapy on patient's quality of life. *Am J Med* 1987; 82 (supl 5A): 14-19.
 3. Mark RM, Sachar EJ. Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. *Ann Intern Med* 1973; 78: 173-181.
 4. Porter J, Jick H. Addiction rare in patients treated with narcotics. *N Engl J Med* 1980; 302: 123.
 5. Strang P, Qvarner H. Cancer-related pain and its influence on quality of life. *Anticancer Res* 1990; 10: 109-112.
 6. Bell MJ, Bombardier C, Tugwell P. Measurement of functional status, quality of life, and utility in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 591-601.
 7. Parr G, Darekar B, Fletcher A, Bulpitt CJ. Joint pain and quality of life; results of a randomised trial. *Br J Clin Pharmacol* 1989; 27: 235-242.
 8. Carlos García R. Medicación sintomática. *Terapéutica con analgésicos y antipiréticos*. *Medicine* (ed. esp.) 1983; 58: 3.754-3.759.
 9. Management of asthma in the community (editorial). *Lancet* 1989; 2: 199-200.
 10. Quirk FH, Jones PW. Patients perception of distress due to symptoms and effects of asthma on daily living and an investigation of possible influential factors. *Clin Sci* 1990; 79: 17-21.
 11. Epstein RS, Deverka PA, Chute CG, Lieber MM, Oesterling JE, Panser L et al. Urinary symptom and quality of life questions indicative of obstructive benign prostatic hyperplasia. *Urology* 1991; 38 (supl 1): 20-26.
 12. Barry MJ. Medical outcomes research and benign prostatic hyperplasia. *Prostate* 1990 (supl 3): 61-74.
 13. Boyarski S, Jones G, Paulson DF, Prout GR. A new look at bladder neck obstruction by the Food and Drug Administration regulators: Guidelines for investigation of benign prostatic hypertrophy. *Trans Am Assoc Genito-Urinary Surg* 1977; 68: 29-32.
- C. VALLVÉ: Quisiera sólo hacer una observación abundando en lo expuesto por el Dr. Costa y es que no debemos confundir el estado de salud con la calidad de vida. La calidad de vida es un concepto mucho más amplio, que incluye factores emocionales, factores sociales, la capacidad de realización de un individuo, etc., aunque indudablemente el estado de salud influye sobre esta calidad de vida. Sin embargo, hay casos en los que el estado de salud puede ser muy deficitario y la calidad de vida puede ser excelente.
- F. GARCÍA-ALONSO: El cambio de variables objetivas a variables subjetivas responde básicamente a un cambio en el modelo de relación médico-paciente como el Dr. Camí ha apuntado antes. Hasta hace bien poco en el mundo occidental y todavía en España actualmente, la relación médico-paciente sigue un modelo paternalista, donde lo que importa es la opinión del médico y lógicamente el médico trata de objetivar lo que le pasa al paciente. El cambio que se ha producido en el mundo occidental, y que en España empieza a implantarse, es el paso de este modelo paternalista en la relación de médico-paciente, al modelo autonomista, en el que lo que importa es la opinión del paciente. Por lo tanto, si lo que importa es la opinión del paciente, estamos ante las medidas subjetivas.
- Me gustaría enlazar esta reflexión con los riesgos que tiene lo que denominamos medicina sintomática, es decir, la prescripción automática ante un síntoma del paciente. Creo que, como todas las situaciones, lo que hay que buscar es un intermedio entre ambos extremos. No cabe duda de que el modelo paternalista está agotado pero me da la impresión

de que el modelo autonómico de corte anglosajón, entrando de lleno en nuestra cultura latina, puede producir grandes desequilibrios, y desde luego yo en parte los empiezo a percibir con el uso y el abuso de la medicina sintomática en la que el médico está básicamente supeditado a los deseos del paciente en cuanto al tratamiento de sus síntomas.

J. COSTA: Estoy completamente de acuerdo con la afirmación del Dr. García-Alonso. De todas maneras, en cuanto a la cultura médica mundial, hay una tendencia por parte de la Organización Mundial de la Salud a favorecer la automedicación responsable. Creo que la automedicación responsable es recomendable cuando la población usuaria está suficientemente educada para poder discriminar y para poderse automedicar respecto a síntomas o signos de tipo banal. Por tanto, opino que es prioritario potenciar la educación del usuario para que éste sea capaz de reconocer hasta qué punto puede autotratarse determinados procesos banales.

A. SEGURA: Quisiera hacer algunas consideraciones. En primer lugar, creo que hay una cierta confusión respecto a la polémica de la medición de fenómenos subjetivos u objetivos. Como ha señalado acertadamente J. M.^a Antó, el problema radica más bien en el procedimiento de medida. De hecho, a veces la pretendida dureza o pretendida objetividad de determinadas medidas están escondiendo una ignorancia sobre los fenómenos que pretenden reflejar. Probablemente si dejamos de hablar de fenómenos objetivos o subjetivos, u objetivables o subjetivables y nos centramos en la capacidad de medición de un procedimiento de medida nos podremos entender mejor.

En relación con la interesante polémica planteada por el Dr. García-Alonso yo no quisiera caer en la falacia del término medio, de la moderación, ya que no hay una certeza de que la distancia media refleje mejor la verdad. Creo que lo que ha expuesto en su intervención refleja la tensión que se produce entre el profesional informado y la persona que tiene el problema que se pretende resolver, sin que existan a mi entender intenciones perversas por parte de ninguno de ellos.

Además, hay que tener en cuenta que tan nocivo puede ser el uso exagerado de medicamentos más o menos sintomáticos, como el uso avaro de analgésicos, por ejemplo, en enfermos cuyo problema fundamental es precisamente el dolor. Concretamente, en nuestro país se es especialmente avaro con la utilización de analgésicos cuando el problema principal y el que probablemente va a acompañar al paciente hasta el final de su vida es el dolor. Creo que ésta también es una cuestión a tener en cuenta, que no se puede solucionar por la regla del término medio y que hay que considerar estos dos tipos de problemas en toda su complejidad.

L. BUISAN: Me gustaría poner un ejemplo de cómo influyen las variables subjetivas en la medición de la calidad de vida. Es tan simple como la utilización de una escala analógica visual en la medición del dolor. Una misma paciente ante tres situaciones distintas en las que el tipo de dolor sea el mismo (dolor agudo), de idéntica intensidad (muy intenso) e iguales características (de tipo cólico):

- 1) Dolor de parto de un embarazo deseado.
- 2) Dolor de parto de un embarazo no deseado.
- 3) Dolor de un cólico nefrítico.

Probablemente en el único caso en el que no se requerirán analgésicos opioides será en el del dolor de parto del embarazo deseado.

F. VILARDELL: Quería felicitar al ponente porque es un tema de difícil abordaje. El problema mayor que tenemos es decidir qué es salud. Me gustaría introducir la definición que hizo un compañero nuestro, el Dr. J. Gol, de la salud, que me parece muy adecuada y que incluye no sólo la ausencia de enfermedad y el bienestar físico y social, sino también un concepto de solidaridad con la comunidad. Él introducía, además, un concepto de alegría de la vida.

Quisiera, además, comentar que nuestro sistema sanitario con las consultas médicas sobrecargadas no facilita precisamente la adecuada relación médico-paciente, con lo que a veces el único recurso es recurrir a la prescripción que, por otra parte, es lo que espera el paciente en muchos casos.