

Calidad de vida en las enfermedades crónicas: el caso de la hipertensión arterial

J. Closas

Hospital de Sant Llorenç. Viladecans. Barcelona.

Introducción

La mejora de las condiciones medioambientales y el control de las enfermedades infecciosas han conducido a un mayor nivel de salud y al aumento de la esperanza de vida, que se acompaña de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, que no conducen a la muerte en un plazo corto de tiempo, pero que sí alteran la calidad de vida de los que las padecen. El concepto de «calidad de vida» ha supuesto una pequeña revolución en el enfoque de acciones que abarcan desde el urbanismo hasta la gestión del tiempo libre pasando por la sanidad.

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en las sociedades occidentales y constituye uno de los principales motivos de consulta médica. En Cataluña su prevalencia se ha establecido en el 20% de la población adulta¹, cifra que aumenta hasta el 28% al analizar el segmento de mayor edad, a partir de los 65 años. La importancia de esta enfermedad es que constituye un factor de riesgo mayor para padecer enfermedades cardiovasculares, junto con la hipercolesterolemia y el tabaquismo.

Parece bien demostrado que el tratamiento de la HTA se acompaña de una disminución del riesgo de padecer complicaciones cardiovasculares (accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, coronariopatía, insuficiencia renal). Así, el estudio de la Veterans Administration² demostró que el tratamiento de la HTA severa (presión arterial diastólica —PAD— entre 115 y 124 mmHg) reducía las complicaciones fatales y no fatales en un 93% cada año. El tratamiento beneficiaba a 28 de cada 100 personas en estudio durante este período de tiempo. En la segunda parte del Veterans Administration Cooperative Study Group³ se dieron a conocer los datos referentes a pacientes con HTA ligera (PAD entre 90 y 104 mmHg) y HTA moderada (PAD entre 105 y 114 mmHg). En él se compararon los efectos del tratamiento farmacológico activo frente a placebo. Los resultados demostraron un efecto beneficioso significativo para la HTA moderada, así como una tendencia favorable, aunque no significativa, para la

HTA ligera. Así, los pacientes con HTA moderada vieron reducida la aparición de complicaciones cardiovasculares de un 9,6 a un 2,4% (disminución del 73%), que beneficiaría a 7 de cada 100 pacientes tratados durante un año. Aunque las ventajas del tratamiento son menos evidentes que en la HTA severa, el mantenimiento del control tensional a lo largo del tiempo puede tener resultados positivos: el 70% de los pacientes bajo tratamiento activo saldrían beneficiados al cabo de 10 años.

Sin embargo, un beneficio a corto plazo en el tratamiento de la HTA leve es más difícil de demostrar, dado que su morbilidad y mortalidad son bajas. Los resultados del Hypertension Detection and Follow-up Program (HDFP)⁴ pusieron de manifiesto que el tratamiento escalonado de la HTA leve en centros de referencia con respecto al tratamiento convencional en medio extrahospitalario, reducía la mortalidad del 20,3% a los 5 años. A causa de que la tasa de mortalidad en HTA ligera es baja, sólo 1,5 personas tratadas durante 5 años se verían favorecidas. El diseño de este estudio, sin embargo, puede subestimar el beneficio de la terapéutica puesto que ambos grupos de pacientes recibían tratamiento.

Por otra parte, se observó con cierta sorpresa que cerca del 30% de los sujetos incluidos en el estudio abandonaron el tratamiento pese a unas condiciones ideales para su seguimiento y control⁵. La causa de este abandono se debió a los efectos secundarios que causó la medicación administrada a los pacientes con HTA leve, enfermedad que en la mayoría de ocasiones es asintomática.

Por lo tanto, deberemos mirar el coste del tratamiento y el beneficio que de él se desprende de manera global. Si a corto plazo el beneficio es bajo, el coste en términos de efectos adversos en la calidad de vida y bienestar debe ser también bajo. De lo contrario, el paciente rehusará seguir un régimen terapéutico.

Tratamiento de la hipertensión arterial

El tratamiento de la HTA ha discurrido por varias fases. Los años cincuenta se caracteriza-

ron por la falta de disponibilidad de fármacos eficaces; los años sesenta por la subutilización de los que recientemente aparecieron. Durante los setenta se produjo una mayor aceptación de la necesidad de tratamiento, debido probablemente a la divulgación de los ensayos anteriormente descritos. Y en los años ochenta ha emergido con fuerza el concepto de «calidad de vida»⁶.

Los pacientes que inicialmente recibieron tratamiento fueron aquellos con HTA severa, con una morbimortalidad elevada. En estas circunstancias, dado que el beneficio en cuanto al pronóstico vital era incuestionable, se aceptaban los efectos secundarios de los fármacos disponibles como un mal menor: los bloqueadores ganglionares producían parálisis intestinal y retención urinaria. Posteriormente, se dispuso de antihipertensores de acción central y bloqueadores adrenérgicos que provocaban sedación, hipotensión ortostática y depresión.

Pero actualmente la HTA severa es menos frecuente, y la mayoría de pacientes se hallan afectados de HTA leve y moderada que en muchas ocasiones es asintomática. Se ha demostrado, además, que para obtener un beneficio del tratamiento es más importante su mantenimiento durante un período largo de tiempo, que el tipo de sustancia utilizada. Es por ello que aparece el planteamiento de que si debemos tratar durante varios años una enfermedad con escaso riesgo de complicaciones para obtener un beneficio, los fármacos a utilizar no deberían alterar la calidad de vida de los sujetos para, de esta manera, favorecer su adherencia al tratamiento farmacológico.

Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial

Actualmente hay acuerdo en que al inicio del tratamiento de la HTA leve-moderada deben ensayarse medidas no farmacológicas, dirigidas a adoptar un estilo de vida más «saludable»^{7,9}. Así mismo, el seguimiento de estas medidas en la HTA severa puede ayudar a su control y disminuir la necesidad de tratamiento farmacológico.

En primer lugar, debe recomendarse una dieta hipocalórica en aquellos pacientes hipertensos con obesidad. Alcanzar el normopeso constituye un objetivo importante puesto que en la mayoría de las ocasiones se acompaña de una disminución de las cifras tensionales. Otra medida importante es la dieta hiposódica (2 g de sal al día) que puede contribuir al control de la

presión arterial en aquellos pacientes sensibles a la sal. Por otro lado, debe desaconsejarse la ingesta excesiva de alcohol, superior a los 30 g/día. La práctica de ejercicio isotónico de forma regular puede favorecer la normalización de la tensión, además de contribuir a un control del sobrepeso. Finalmente, debemos siempre desaconsejar el hábito tabáquico, ya que si bien no aumenta de forma mantenida las cifras de presión arterial, sí que constituye un factor de riesgo cardiovascular adicional a la HTA.

Es evidente que la instauración de estas medidas debe llevarse a cabo de manera gradual y en el contexto de una relación médico-paciente fluida, pues de lo contrario corremos el riesgo de que el paciente no se adhiera a la mayoría de los cambios propuestos. Seguir una dieta hiposódica resulta a menudo incómodo, no ya desde el punto de vista estrictamente gustativo, sino incluso ante la necesidad cada vez más extendida de comer fuera de casa.

Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial

En la actualidad se utiliza indistintamente alguno de los cinco grupos de fármacos para el tratamiento de la HTA: diuréticos, bloqueadores beta, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina (ECA) y bloqueadores de los receptores alfaadrenérgicos. Todos ellos se han mostrado eficaces en la reducción de las cifras tensionales, pero no se hallan exentos de provocar efectos secundarios.

Los diuréticos, además de producir efectos metabólicos indeseables (hipopotasemia, hiperuricemia, intolerancia a la glucosa, elevación del colesterol total y de los triglicéridos), pueden dar lugar a impotencia¹⁰, vértigo, sequedad bucal, náuseas y cefalea. En cuanto a los bloqueadores beta, son conocidos sus efectos sobre el sistema nervioso central, entre los que destacan las alteraciones del sueño como insomnio, sueños vívidos y pesadillas. Raramente se producen depresión mental y alucinaciones. Se ha descrito fatiga inespecífica y depresión ligera al inicio del tratamiento. La impotencia es también posible aunque menos frecuente que en el grupo anterior.

Los antagonistas del calcio pueden dar lugar a cefalea, edema pretibial, taquicardia, rubefacción (nifedipino), y estreñimiento (verapamilo). Los inhibidores de la ECA son fármacos bien tolerados, y, en general, provocan pocos efectos secundarios. Destacan la presencia de tos, que

se debe al propio efecto farmacológico del producto; trastornos en el gusto y erupción cutánea. Finalmente, los bloqueadores de los receptores alfa pueden dar lugar a hipotensión con la primera dosis, y cefaleas.

Si bien el tratamiento de la HTA puede alterar la calidad de vida de los pacientes, se ha observado que el solo hecho de diagnosticar a un sujeto de hipertenso ya conlleva unos cambios en su vida, lo que se conoce como el efecto de la «etiqueta». Así, este paciente puede perder días de trabajo por los controles tensionales y exploraciones complementarias¹¹. Algunos de ellos mostrarán síntomas vagos como cansancio o mareo, mayor preocupación por su estado de salud, así como cambios en su vida familiar y social, con una cierta tendencia a la reclusión.

Calidad de vida e hipertensión arterial

La condición de calidad de vida no es fácil de definir. Podría incluirse en ella la libertad, alegría, seguridad económica, alcanzar las metas propuestas, grado de actividad y sensación de bienestar¹².

En el caso que nos ocupa, la HTA, la óptima calidad de vida, teniendo en cuenta que varía según razas, países y niveles de desarrollo y educación, sería aquel estado en que un correcto control de la presión arterial a largo plazo, no menoscaba la sensación de bienestar, la actividad diaria, así como las relaciones familiares y sociales del paciente. Una definición general de calidad de vida puede incluir aspectos como bienestar subjetivo y global, estado de salud física y mental y situación vital externa¹³.

El objetivo de la valoración de la calidad de vida en los pacientes hipertensos es buscar el «efecto neto» entre los efectos positivos y negativos del tratamiento. Los efectos positivos serían prolongar la supervivencia, disminuir el riesgo de complicaciones no fatales (morbilidad) y mejorar los síntomas relacionados con la enfermedad. Entre los efectos negativos destacarían el riesgo de complicaciones serias y los efectos secundarios del tratamiento. El efecto neto sería, en suma, la calidad de vida¹⁴.

La valoración de la calidad de vida puede variar en función de quién responde los cuestionarios: el paciente, sus familiares próximos o el médico. En el trabajo pionero de Jachuck et al¹⁵ se examinaron 75 hipertensos en tratamiento con bloqueadores beta, metildopa y diuréticos. Cuando se preguntó a los médicos acerca del impacto del tratamiento en el bienestar

de los pacientes, la totalidad de los primeros respondieron que sus pacientes habían mejorado, mostrando un correcto control de la presión arterial, sin deterioro clínico. En cuanto a los enfermos, el 48% respondieron que habían mejorado, el 44% que no habían cambiado su nivel de bienestar, y el 8% restante que había empeorado. Sin embargo, el 99% de los familiares afirmaron que los pacientes habían sufrido un deterioro en su bienestar, ya fuera leve (25%) o de moderado a severo (75%). Los síntomas que los familiares describieron fueron disminución de la memoria (33%), mayor irritabilidad (45%), depresión (46%), hipocondría (55%) y disminución de interés para cuestiones sexuales (64%).

Si bien este estudio no es exhaustivo en el cuestionario de calidad de vida, ni tiene un grupo control, sí que pone de manifiesto la afectación no despreciable de aspectos de la vida diaria, que pueden pasar desapercibidos a los médicos y a los propios pacientes.

Evaluación de la calidad de vida

La evaluación de la calidad de vida plantea varios problemas metodológicos, puesto que los datos son más «blandos» (subjetivos) y de más compleja cuantificación que los parámetros fisiológicos o bioquímicos considerados como «duros» (objetivos).

Del mismo modo que se utiliza con parámetros objetivos como la presión arterial o la glucemia, la medida de la calidad de vida debe ajustarse al método científico. Por lo tanto el método que utilizemos debe cumplir los requisitos de validez, repetibilidad y sensibilidad^{1-2,14,20}.

Validez

La validez del método consiste en la extensión en que el método mide lo que supuestamente debe medir. Dado que nos proponemos conocer el grado de bienestar de los sujetos, debemos confiar en sus respuestas a las cuestiones propuestas. Por lo tanto la validez del método dependerá de que la pregunta sea entendida y que la respuesta sea verdadera. Un método para probar la validez consiste en comparar las puntuaciones de los pacientes con las de los controles sanos.

Para que la comprensión de las preguntas formuladas sea completa, éstas deben cumplir una serie de condiciones (tabla I). La validez del cuestionario se verá aumentada si la cuestión no es ambigua, ni se utilizan términos de difícil

TABLA I
CARACTERÍSTICAS DE UNA BUENA
PREGUNTA *

1. No ser ambigua
2. No debe utilizar términos de difícil comprensión
3. Proporciona una respuesta verdadera
4. Fácil de responder
5. Preguntas referidas a un solo punto
6. Cubre un período determinado de tiempo o se refiere al momento actual
7. Gramaticalmente correcta
8. Necesaria
9. Repetible

* Tomada de Bulpitt (1985)¹².

comprensión (términos médicos). La respuesta será más ajustada a la realidad si la pregunta se refiere a un período de tiempo reciente y concreto. Así mismo la pregunta no debe sugerir una respuesta o tener un contexto moral.

Reproducibilidad (fiabilidad)

Es esencial asegurarse de que las pruebas son reproducibles y pueden repetirse con resultados idénticos. La reproducibilidad de las puntuaciones de los tests se comprueba comparando los resultados de las evaluaciones hechas en ocasiones diferentes.

Sensibilidad

La sensibilidad en este contexto no es un índice de validez diagnóstica, sino más bien de la capacidad de las preguntas de revelar los efectos del tratamiento. La sensibilidad del cuestionario queda establecida si se detectan los efectos secundarios¹⁴.

La medida de la calidad de vida, del mismo modo que el resto de parámetros de un ensayo clínico, debe realizarse en el marco de un ensayo aleatorizado y a doble ciego. El tipo de ensayo paralelo parece preferible al cruzado dado que en este último pueden recogerse síntomas relacionados con períodos de tratamiento previos. Es importante llevar a cabo una valoración basal con placebo o incluir un grupo de tratamiento con placebo a fin de discriminar los síntomas que son atribuibles al tratamiento hipotensor¹⁴.

Los métodos comúnmente utilizados para la evaluación de la calidad de vida son la comunicación espontánea del paciente, la interrogación activa y las pruebas psicométricas¹³.

Comunicación espontánea

Tiende a subestimar la prevalencia de síntomas y puede confinarse a las manifestaciones que el paciente considera relacionadas con el tratamiento.

Interrogación activa

Las preguntas pueden hacerse directamente o mediante un cuestionario. El problema principal es que sólo se detectarán los síntomas esperados. Los pacientes deben proporcionar la información en respuesta a un cuestionario que el mismo paciente responda o directamente a un entrevistador que pregunte una cuestión definida. Parece más indicado que sea el paciente quien responda él solo al cuestionario, y que no sea el investigador quien formule las preguntas. Ha podido verse en un ensayo en el que se comparaban ambos métodos, que el paciente tiende a minimizar sus síntomas o quejas si responde a preguntas formuladas por el investigador que no si responde él mismo al cuestionario. Ello podría responder a un deseo del paciente de complacer al médico que lo está tratando con lo que disminuye la objetividad. Es deseable que el paciente responda al cuestionario en una habitación tranquila, que ni la familia ni acompañantes se hallen presentes, y que no se vea influenciado por factores tales como el conocimiento previo de sus cifras de presión arterial o como la necesidad de tomar más pastillas.

Pruebas psicométricas

Éstas no parecen adecuadas para evaluar la calidad de vida, y deberían utilizarse sólo para detectar cambios psicopatológicos mayores clínicamente relevantes.

El concepto de «años de vida ajustados en función de su calidad» intenta equilibrar la calidad de vida con la supervivencia. Para ello se expresa la afectación de la calidad de vida en términos de pérdida de tiempo de supervivencia. Un año de supervivencia con calidad de vida completa representa un año completo. Un año de vida ajustado en función de la calidad se conoce como «QALY» (*quality-adjusted life year*). Así, un QALY es un año de calendario con calidad de vida completa. Para ello es necesario realizar una gradación entre la completa normalidad (valor 1) y los distintos grados de incapacidad hasta los valores extremos de coma o muerte (valor 0).

Ensayos clínicos

Si bien el estudio de los efectos adversos y los abandonos del protocolo debidos al tratamiento médico no figuraban entre los objetivos principales del MRC británico ni del HDFP americano, su publicación causó una cierta sorpresa por lo considerable de sus cifras^{5,10}.

En 1986 Croog et al¹⁶ dan a conocer los resultados de un estudio que ha sido punto de referencia por el volumen de pacientes estudiado, el método utilizado (doble ciego, aleatorizado, multicéntrico) y la amplitud de los parámetros para valorar la influencia del tratamiento sobre la calidad de vida. En este estudio se incluyeron 626 pacientes de sexo masculino y los fármacos utilizados fueron captopril, metildopa y propranolol.

El cuestionario para valorar la calidad de vida fue completado por medio de entrevistas, e incluía cinco áreas: sentido de bienestar y grado de satisfacción vital; estado físico; estado emocional; función intelectual, y capacidad para desempeñar un papel social y grado de satisfacción derivado del cumplimiento de estos papeles.

Este estudio ha llevado a cabo una importante contribución a la metodología de la valoración de la calidad de vida. En primer lugar, ha demostrado que la colección de datos puede estandarizarse y agrupar los resultados de los diferentes centros. En segundo lugar, va más allá de la valoración de los efectos adversos por fármacos al establecer el grado de disconfort que ocasionan, y finalmente, introducen medidas más comprensibles y de tipo global referidas a la calidad de vida.

Los hallazgos del estudio confirman que los distintos tipos de tratamiento antihipertensivo difieren en sus efectos sobre la calidad de vida. Así, los pacientes que tomaron captopril tenían una puntuación superior por lo que respecta al bienestar, y se hallaban menos afectados por síntomas físicos y disfunción sexual cuando se comparan con los que tomaban metildopa y propranolol. Así mismo presentaron un menor porcentaje de abandonos.

Tras este trabajo, se han publicado múltiples ensayos clínicos, en los que se comparan distintos fármacos y el grado de afectación que provocan sobre la calidad de vida de pacientes con HTA leve-moderada. En nuestro país no se han dado a conocer hasta fechas recientes ensayos terapéuticos en los que se valore el efecto del tratamiento antihipertensivo sobre la calidad de vida. Así, Guillén et al¹⁷ han publicado un es-

tudio comparativo entre un antagonista del calcio (nitrendipino) y un diurético (clortalidona) en hipertensos con edad superior a 65 años. Se evaluó la calidad de vida mediante un cuestionario que cubría distintos aspectos sintomáticos (estado general, cardiorrespiratorio, sueño-vigilia, digestivo, renal-urinario o neurológico); aspectos psicológicos (humor, sexual), y aspectos de la vida diaria. Los resultados muestran un mejor control tensional con nitrendipino, aunque se acompaña también de una mayor incidencia de efectos secundarios. Los aspectos de la calidad de vida estudiados no se vieron afectados, salvo el área renal-urinaría.

Finalmente, en un artículo muy reciente, Roca-Cusachs et al¹⁸ evalúan la sensibilidad y validez de un cuestionario sobre calidad de vida aplicado a pacientes hipertensos. Dicho cuestionario, que consta de 4 subíndices (ansiedad, depresión, efectos secundarios y síntomas), se aplicó a dos grupos de hipertensos, uno en un ámbito hospitalario y otro de asistencia primaria, y a un grupo control. Se observó que la calidad de vida de los dos grupos de hipertensos era similar, pese a diferencias en edad, sexo, tratamiento y severidad de la HTA, sin embargo, fue inferior a la del grupo control. La conclusión es que el factor que más influye en la calidad de vida es el propio diagnóstico de HTA.

Es evidente que al iniciar el tratamiento de un paciente con HTA leve debemos ser conscientes de que tratamos una enfermedad con muy pocos síntomas, pero que sin embargo pretendemos cambiar su curso natural. El hecho de no mejorar unos síntomas, de precisar un tratamiento a largo plazo, y que éste provoca efectos secundarios en un porcentaje no despreciable de casos (el paciente puede tener la sensación de que es peor el remedio que la enfermedad), lleva a que la adherencia del paciente al tratamiento se vea afectada. A fin de que esta adherencia (o *compliance* en términos anglosajones) se mantenga, debemos analizar aspectos que van más allá del propio tratamiento farmacológico. Así, de ninguna manera la palabra *compliance* debería tomar significados como conformidad, obediencia y consentimiento; en suma, sumisión a la «autoridad médica».

Como en toda enfermedad crónica, la relación entre médico y paciente es fundamental, y debe buscarse un método de participación mutua. El médico debe informar del problema clínico, de las opciones terapéuticas, de sus riesgos y beneficios, a fin de que el paciente pueda tomar parte activa en la decisión de iniciar y mantener el tratamiento^{19,20}.

En conclusión, la HTA leve-moderada es una enfermedad asintomática en la mayoría de las ocasiones. Si se inicia una intervención terapéutica, ésta deberá afectar favorablemente el curso natural de la enfermedad. Este beneficio debe compararse con cualquier efecto adverso a que dé lugar el tratamiento, con el fin de que el efecto neto sea favorable al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plans P, Tesserras R, Pardell H, Salleras L. Epidemiología de la hipertensión arterial en la población adulta de Cataluña. *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 369-372.
2. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effects of treatment on morbidity in hypertension. I. Results in patients with diastolic blood pressure averaging 115 through 129 mmHg. *JAMA* 1967; 202: 1.028-1.034.
3. Veterans Administration Cooperative Study Group on Hypertensive Agents. Effects of treatment on morbidity in hypertension. II. Results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 mmHg. *JAMA* 1970; 213: 1.143-1.152.
4. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. Five-year findings of the hypertension detection and follow-up program. I. Reduction in mortality in persons with high blood pressure. *JAMA* 1979; 242: 2.562-2.577.
5. Curb JD, Borhani NO, Blaszkowski TP, Zimbalidi N, Fotiu S, Williams W. Long-term surveillance for adverse effects of antihypertensive drugs. *JAMA* 1985; 253: 3.263-3.268.
6. Levy D. Systolic Hypertension: new insights from the Framingham Heart Study. New perspectives in cardiovascular medicine. *Londres, Royal Society of Medicine*, 1987; 2-11.
7. Kaplan NM. Nonpharmacologic therapy of hypertension: an update. En: Kaplan NM, Brenner BM, Laragh JH, eds. *New therapeutic strategies in hypertension*. Nueva York, Raven Press Ltd., 1989; 5-15.
8. Wenger NK. Quality of life issues in hypertension: consequences of diagnosis and considerations in management. *Am Heart J* 1988; 116: 628-632.
9. The 1988 Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Int Med* 1988; 148: 1.023-1.038.
10. Medical Research Council Working Party on Mild to Moderate hypertension. Adverse reactions to bendrofluazide and propranolol for the treatment of mild hypertension. *Lancet* 1981; 2: 539-543.
11. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW et al. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. *N Engl J Med* 1977; 296: 732-739.
12. Bulpitt CJ, Fletcher AE. Quality of life in hypertensive patients on different antihypertensive treatments: rationale for methods employed in a multicenter randomized controlled trial. *J Cardiovasc Pharmacol* 1985; 7 (supl. 1): 137-145.
13. Jern S. Calidad de vida e hipertensión. En: Hansson L, ed. *International Society of Hypertension, 1987. Hypertension Yearbook (ed. esp.)*. Londres, Gower Academic Journals, 1987; 25-41.
14. Bulpitt CJ, Fletcher AE. The measurement of quality of life in a hypertensive patients: a practical approach. *Br J Clin Pharmacol* 1990; 30: 353-364.
15. Jachuck SJ, Brierley H, Jachuck S, Willcox PM. The effect of hypotensive drugs on the quality of life. *J R Coll Gen Pract* 1982; 32: 103-105.
16. Croog SH, Levine S, Testa MA, Brown B et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *M Engl J Med* 1986; 314: 1.657-1.664.
17. Guillén Llera F, Caballero JC, Guijarro JL, Reus JM, Rodríguez Mañas L et al. Estudio multicéntrico comparativo entre nitrendipino y clortalidona en pacientes ancianos hipertensos. *Rev Clin Esp* 1990; 187: 170-174.
18. Roca-Cusachs A, Ametlla J, Calero S, Comas O et al. Calidad de vida en la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 486-490.
19. Meltzer JI. Physician-patient interaction in the treatment of hypertension. En: Laragh JH, Brenner BM, eds. *Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis and Management*. Nueva York Raven Press, Ltd., Nueva York 1990; 2.073-2.082.
20. Badia i Llach X. La mesura de la qualitat de vida en la recerca clínica. *Salut Catalunya* 1990; 4: 92-96.

DISCUSIÓN

J.M.^a ANTÓ: El ejemplo de la HTA ilustra algunos de los paradigmas, o de las grandes lecciones de la incorporación del concepto de calidad de vida a la evaluación terapéutica en concreto, y a la práctica médica en general. Empezamos a tener un cuerpo teórico y una cierta tradición empírica en la investigación de la calidad de vida relacionada con la salud. Como reflejan las diversas conferencias internacionales y los cen-

tenares o miles de artículos relacionados con el tema, es evidente que en los últimos 10 años se ha llegado a un consenso sobre algunos términos renunciando a determinados conceptos: se ha renunciado a hablar de calidad de vida en general para hablar de calidad de vida relacionada con la salud; se han establecido determinadas definiciones y hay un cuerpo teórico y empírico que facilita la utilización del método

científico convencional con sus ventajas y sus inconvenientes. El problema es que podemos acabar hablando de cosas que quizá tengan poco que ver con la felicidad, o con la calidad de vida entendida por los pacientes.

Un conocido estudio sobre calidad de vida en pacientes hipertensos publicado en *New England Journal of Medicine* en 1986 ejemplifica esta situación. En dicho artículo era prácticamente imposible entender cuál era la ventaja práctica para el paciente y qué representaban desde el punto de vista clínico las variaciones de las escalas. Además, un alumno me hizo dar cuenta en una sesión de trabajo de que los pacientes incluidos en el estudio del *New England* eran todos blancos, universitarios, y tenían un sueldo medio de aproximadamente 6 millones de pesetas, con lo que para el médico práctico es muy difícil extrapolar estos conocimientos al paciente habitual.

Por lo tanto, desde el punto de vista de la práctica clínica, creo que la investigación de la calidad de vida no ha sustituido a la historia clínica. Hay una etapa imprescindible, muy anterior a la medida de la calidad de vida, que es evaluar el impacto del tratamiento a través de la anamnesis.

Me gustaría también referirme al creciente papel de los medios de comunicación. Hasta ahora los clínicos evaluábamos fenómenos biológicos, o fisiopatológicos muy poco comunicables al público general, o incluso a muchos profesionales. Cuando evaluamos calidad de vida, los fenómenos que evaluamos, al menos superficialmente, son mucho más comunicables. Por tanto, es más fácil que en un mundo de intereses muy definidos y muy competitivos los medios de comunicación se conviertan en portadores de información que antes no era vehiculizable, no era de interés. Ahora los medios pueden hablar de impacto en la calidad de vida, y esto influye en el mercado y en el público en general, y debemos reconciliar este interés. Quizá los consumidores deberán asumir esa complejidad, y deberán asumir que a veces reciben mensajes contradictorios de su médico y de los medios de comunicación. A veces nosotros mismos contribuimos a hacer las cosas más complejas. Actualmente sabemos que los artículos del *New England*, que comenta el *New York Times*, son más citados en el *Science Citation Index* que los artículos del *New England* que no aparecen en el *New York Times*.

J. CLOSAS: Efectivamente, la HTA considerada como enfermedad crónica tiene unas connotaciones especiales. Un paciente asmático pro-

bablemente no se cuestione la necesidad de un tratamiento, porque si ve que si no toma el broncodilatador quizá pasará unos meses bien, pero tarde o temprano tendrá que volver al tratamiento, porque hay una mejora sintomática. Por el contrario el paciente hipertenso es muchas veces una persona que se encuentra en plenitud de facultades, que no tiene ninguna repercusión, a la que se le explica qué significa la HTA, y qué significa su tratamiento. Y a veces se acierta con el fármaco, y no aparecen efectos secundarios, pero en otras ocasiones hay que ir probando medicamentos, hasta llegar a un equilibrio del control de las cifras de presión y la ausencia de efectos secundarios. En más de una ocasión me he preguntado si esta enfermedad no está en la cabeza de los médicos. Porque los pacientes no la viven como enfermedad en muchos casos.

M. PÉREZ-OLIVA: En relación con el comentario del Dr. Antó sobre los medios de comunicación, creo que los médicos y los científicos deben plantearse los efectos adversos de los cambios que se están produciendo en los últimos años en la forma de divulgar los avances médicos. Cada vez es más frecuente que los investigadores recurran directamente a los medios de comunicación de masas para comunicar sus descubrimientos. Hasta hace poco, las revistas científicas, con sus discutidos comités de selección, eran los únicos canales legitimados para transmitir el nuevo conocimiento científico. Ahora, los medios de comunicación reciben notas de los propios científicos en las que anuncian que tal revista publicará una investigación suya que abre impresionantes perspectivas en su campo. Los medios hacen su propia interpretación, en ocasiones demasiado simplista. Y también ocurre, cada vez más, que los propios médicos acuden a los medios para divulgar investigaciones que nunca serán publicadas en esas revistas.

Creo que no se debe perder de vista que los medios de comunicación social son en estos momentos un instrumento más en la enorme pugna de intereses que se dirime en el mundo de la medicina. Y son un instrumento cada vez más importante de esta pugna porque poseen una gran capacidad de impacto sobre la opinión pública. Como en las democracias la opinión pública cuenta cada vez más a la hora de asignar los recursos, cuanto mayor capacidad tenga un equipo científico de utilizar los medios de comunicación más facilidad tendrá para obtener los escasos recursos económicos que se destinan a investigación. Y este va a ser un fenómeno creciente.