

## CALIDAD DE VIDA EN EL VARÓN CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Mónica Diosdado Figueiredo (1)

(1) Equipo de Atención Primaria de Vilanova de Arousa. Pontevedra. España.

La autora declara que no existe ningún conflicto de intereses.

## RESUMEN

**Fundamentos:** La hipertensión arterial sistémica es un problema de Salud Pública, siendo el factor de riesgo modificable más importante para la morbimortalidad. Nuestro objetivo fue estimar la calidad de vida relacionada con la salud mediante el cuestionario MINICHAL, identificar los problemas con mayor impacto y los factores de riesgo asociados.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional de prevalencia de una muestra de 262 hombres hipertensos. Se recogieron variables sociodemográficas, de comorbilidad, grado de control y tratamiento, riesgo cardiovascular, datos clínicos y lesiones de órgano diana. Se aplicaron los siguientes cuestionarios: MINICHAL, Puntuación Internacional de Síntomas prostáticos e Índice Internacional de Función eréctil. Las variables cuantitativas se expresan como media (desviación típica) y mediana. Las variables cualitativas se expresan como valor absoluto y porcentaje con la estimación de su 95% intervalo de confianza. La comparación de medias se realizó por medio de la T de Student o test de Mann Whitney, según procedía tras comprobar la normalidad de las variables con el test de Kolmogorov-Smirnov. La asociación entre variables cualitativas se estimó por medio del estadístico Chi cuadrado o test exacto de Fisher. Para determinar las variables que se asocian o no a la presencia de disfunción eréctil se realizó regresión logística multivariada, ajustando por aquellas variables que resultaron significativas en el análisis univariante o clínicamente relevantes.

**Resultados:** De 262 hombres hipertensos incluidos en el estudio, el 4,6% declaró que ni la hipertensión ni el tratamiento afectaban a su calidad de vida. Solo el 58% frente al 52,7% presentaron buena calidad de vida mediante los dominios “estado mental” respecto a “manifestaciones somáticas” del cuestionario MINICHAL, siendo la sintomatología prostática la que tuvo un impacto negativo considerable en ambos dominios. El análisis de la regresión logística multivariada mostró que la suma de la medicación antihipertensiva y el grado moderado-severo de sintomatología prostática tenían efecto independiente para predecir peor calidad de vida en el dominio “estado mental”, mientras que la suma de la medicación concomitante, los niveles de HDL-colesterol, un electrocardiograma patológico y la sintomatología de llenado tenían efecto en el dominio “manifestaciones somáticas”.

**Conclusiones:** Al analizar el “estado mental” y las “manifestaciones somáticas” del cuestionario MINICHAL, solo la mitad de ellos presentaron una buena calidad de vida.

**Palabras clave:** Calidad de vida, Hipertensión, Síntomas prostáticos del tracto urinario inferior.

## ABSTRACT

## Quality of life in men with arterial hypertension

**Background:** Systemic arterial hypertension is a Public Health problem, being the most important modifiable risk factor for morbidity and mortality, and the main single contributor to death and disability from all causes. Our objective was to estimate health-related quality of life using the MINICHAL questionnaire, to identify the problems with the greatest impact and the associated risk factors.

**Methods:** An observational prevalence study of a sample of 262 hypertensive men was carried out. Sociodemographic variables, comorbidity, degree of control and treatment, cardiovascular risk, clinical data and target organ lesions were collected. The following questionnaires were applied: MINICHAL, International Score of Prostate Symptoms and International Index of Erectile Function. Quantitative variables are expressed as mean (standard deviation) and median. The qualitative variables are expressed as absolute value and percentage with the estimation of its 95% confidence interval. The comparison of means was carried out by means of the Student's T test or the Mann Whitney test, as appropriate after checking the normality of the variables with the Kolmogorov-Smirnov test. The association between qualitative variables was estimated using the Chi square statistic or Fisher's exact test. To determine variables that are associated or not with the presence of worse quality of life, multivariate logistic regression was performed, adjusting for those variables that were significant in the univariate analysis or clinically relevant.

**Results:** Of the 262 hypertensive men included in the study, 4.6% declared that neither hypertension nor treatment affected their quality of life. Only 58% compared 52.7% presented a good quality of life through the domains “mental state” with respect to “somatic manifestations” of the MINICHAL questionnaire, with prostate symptoms being the one that had a considerable negative impact on both domains. The multivariate logistic regression analysis showed that the sum of the antihypertensive medication and the moderate-severe degree of prostatic symptoms had an independent effect to predict worse quality of life in the “mental state” domain, while the sum of concomitant medication, HDL-cholesterol levels, a pathological electrocardiogram and filling symptoms had an effect on the domain “somatic manifestations”.

**Conclusions:** When analyzing the “mental state” and the “somatic manifestations” of the MINICHAL questionnaire, only half of them presented a good quality of life.

**Key words:** Quality of life, Hypertension, Lower Urinary Tract Symptoms Prostatic.

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica es el factor de riesgo modificable más importante para la morbilidad por todas las causas en todo el mundo<sup>(1,2)</sup>. Es el factor de riesgo prevenible más común para las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad renal crónica y el deterioro cognitivo<sup>(3,4)</sup>, y es, además, el principal contribuyente único a la muerte y discapacidad por todas las causas del mundo<sup>(1,5,6)</sup>.

La prevalencia de la hipertensión arterial varía de unos estudios a otros, encontrándonos que en población general adulta en España es del 33% y que en varones españoles con 18 años o más es del 49,9%<sup>(7)</sup>. Si tenemos en cuenta que el 40% de los hipertensos desconocen que lo son, la prevalencia de esta enfermedad es mucho mayor<sup>(1,5)</sup>.

Esto demuestra la gran importancia de esta enfermedad. Nuestros esfuerzos deben dirigirse no solo al diagnóstico y control de la misma<sup>(8,9)</sup>, sino también a evaluar la calidad de vida de las personas con hipertensión, que es ligeramente peor que la de los individuos normotensos<sup>(10)</sup>. Debemos, por tanto, buscar el equilibrio óptimo entre reducir la morbilidad por ECV y maximizar el bienestar de cada paciente individual<sup>(1)</sup>.

Partiendo de la definición de salud dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) implica valorar el impacto que la enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción del paciente acerca de su bienestar físico, psíquico y social<sup>(11)</sup>. Esta CVRS la podemos evaluar con un instrumento específico validado como el Cuestionario de Calidad de Vida para Hipertensión Arterial (MINICHAL), que puede administrarse en un corto periodo de tiempo (media de 6,5 minutos) con un alto nivel de respuesta<sup>(12)</sup>.

El objetivo de este trabajo fue medir la CVRS mediante el cuestionario MINICHAL, para después identificar los problemas con mayor impacto en la vida del paciente y los factores de riesgo asociados a presentar una mejor/peor calidad de vida en los mismos, ya que no siempre una buena situación clínica está en relación con una buena calidad de vida.

## SUJETOS Y MÉTODOS

**Tipo y ámbito de estudio:** Se realizó un estudio observacional de prevalencia en el Centro de Salud de Vilagarcía de Arousa (Pontevedra).

**Período de estudio:** abril de 2015-junio de 2017.

**Criterios de inclusión:** Varones mayores de 18 años con diagnóstico de HTA.

**Criterios de exclusión:** Pacientes con tratamiento oncológico en los últimos seis meses o con deterioro cognitivo.

**Justificación del tamaño muestral:** Se seleccionaron 262 varones hipertensos mediante muestreo aleatorio estratificado por edad para estimar una prevalencia del 50% de DE ( $\alpha=0,05$  y precisión= $\pm 6\%$ ).

**Mediciones:** De cada paciente se registraron las características sociodemográficas y clínicas (edad, índice de masa corporal [IMC], perímetro abdominal, presión arterial sistólica [PAS], presión arterial diastólica [PAD], grado de control de la HTA y medicación) y variables de comorbilidad como el índice de Comorbilidad de Charlson (ICC), la presencia de dislipemia y la hipertrofia benigna de próstata (HBP). El riesgo cardiovascular se calculó según los scores Framingham-Wilson y Regicor. Se valoraron los siguientes parámetros séricos: glucemia, creatinina, tasa de filtrado glomerular mediante la ecuación derivada del estudio *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD), colesterol

(total, HDL, LDL), antígeno prostático específico (PSA). Además, se valoraron datos electrocardiográficos, de arteriopatía periférica (mediante el Índice tobillo-brazo [ITB]) y de retinopatía. La DE se diagnosticó mediante el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-15). Se realizaron los cuestionarios de calidad de vida en HTA (MINICHAL) y la escala internacional de síntomas prostáticos (IPSS).

**Análisis estadístico:** Las variables cuantitativas se expresaron como media (desviación típica), mediana y rango y las variables cualitativas como valor absoluto y porcentaje con la estimación del 95% de intervalo de confianza. La comparación de medias se realizó por medio de la T de Student o test de Mann Whitney, según procedía tras comprobar la normalidad de las variables con el test de Kolmogorov-Smirnov. La asociación entre variables cualitativas se estimó por medio del estadístico Chi cuadrado o test exacto de Fisher. Para determinar las variables que se asociaban o no a la presencia de disfunción eréctil se realizó regresión logística multivariada, ajustando por aquellas variables que resultaron significativas en el análisis univariante o clínicamente relevantes.

**Responsabilidades éticas:** Se garantizó la confidencialidad de la información según la legislación vigente (*Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*). Todos los participantes firmaron su consentimiento para participar en el estudio y el Comité Ético de Investigación de Galicia evaluó el trabajo y dio la autorización para su realización (Código de Registro 2014/237).

## RESULTADOS

El estudio incluyó a 262 hombres hipertensos que realizaron el cuestionario de calidad de vida en HTA (MINICHAL). El 58% de los pacientes refirieron mejor calidad de vida en el

dominio “estado mental” frente al 52,7% en el dominio “manifestaciones somáticas” del cuestionario MINICHAL. Los ítems más frecuentes (*tabla 1*) fueron el orinar más a menudo (37,4%), las dificultades para conciliar el sueño (31,3%), el entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo (21,8%) y la sequedad de boca (17,2%).

Los pacientes con peor calidad de vida en la dimensión “estado mental” (*tabla 2*) presentaron menor edad y mayor prevalencia de obesidad abdominal ( $p=0,040$ ). El índice de comorbilidad de Charlson fue más elevado que aquellos con mejor calidad de vida (1,27 [2,07] frente a 1,17 [1,38], respectivamente), presentando también una mayor prevalencia de HBP (26,4% contra 25%) y menor prevalencia de dislipemia (49,1% frente a 58,6%).

El grado de control de la HTA fue similar en ambos grupos, encontrando un buen grado de adherencia al tratamiento según el test de Haynes-Sackett. Los pacientes con mala adherencia y la acumulación de medicación antihipertensiva aumentaban el riesgo de presentar una peor calidad de vida según la dimensión “estado mental” en 2,33 y 1,46 veces, respectivamente.

En la *tabla 3* se objetivó que solo tenía un efecto independiente para predecir peor calidad de vida en la dimensión “estado mental”, el presentar un grado moderado-grave de sintomatología prostática, lo cual duplicaba este riesgo ( $OR=2,62$ ).

Los pacientes con peor calidad de vida en la dimensión “manifestaciones somáticas” (*tabla 4*) mostraron mayor edad y mayor índice de comorbilidad de Charlson de manera estadísticamente significativa ( $OR=0,014$  y  $0,004$ , respectivamente). Este riesgo se encontró duplicado en los pacientes que presentaban HBP.

**Tabla 1**  
**Calidad de vida en los pacientes hipertensos (MINICHAL).**

Variables		n (total=262)	% (95% IC)
Dificultades para conciliar el sueño	No	180	68,7 (62,90-74,51)
	Sí	82	31,3 (25,49-37,10)
Dificultades para continuar con sus relaciones sociales	No	255	97,3 (95,19-99,47)
	Sí	7	2,7 (0,53-4,82)
Difícil entenderse con la gente	No	257	98,1 (95,60-99,38)
	Sí	5	1,9 (0,62-4,40)
Siente no estar jugando un papel útil en la vida	No	247	94,3 (91,27-97,28)
	Sí	15	5,7 (2,72-8,73)
Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas	No	251	95,8 (93,18-98,42)
	Sí	11	4,2 (1,58-6,82)
Se ha notado constantemente agobiado y en tensión	No	239	91,2 (87,60-94,4)
	Sí	23	8,8 (5,16-12,40)
Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua	No	245	93,5 (90,34-96,69)
	Sí	17	6,5 (3,32-9,66)
Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día	No	249	95,0 (92,22-97,86)
	Sí	13	5,0 (2,14-7,78)
Se ha sentido agotado o sin fuerzas	No	235	89,7 (85,82-93,57)
	Sí	27	10,3 (6,43-14,18)
Ha tenido la sensación de que estaba enfermo	No	240	91,6 (88,05-95,15)
	Sí	22	8,4 (4,85-11,95)
Ha notado dificultades al respirar o falta de aire sin causa aparente	No	236	90,1 (86,27-93,89)
	Sí	26	9,9 (6,11-13,74)
Se le han hinchado los tobillos	No	231	88,2 (84,07-92,27)
	Sí	31	11,8 (7,73-15,93)
Ha notado que orina más a menudo	No	164	62,6 (56,55-68,65)
	Sí	98	37,4 (31,35-43,46)
Ha notado sequedad de boca	No	217	82,8 (78,07-87,58)
	Sí	45	17,2 (12,42-21,94)
Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo	No	239	91,2 (87,60-94,4)
	Sí	23	8,8 (5,16-12,40)
Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	No	205	78,2 (73,06-83,43)
	Sí	57	21,8 (16,57-26,94)
Diría usted que su hipertensión y el tratamiento de la misma afecta a su calidad de vida	No	250	95,4 (92,70-98,14)
	Sí	12	4,6 (1,86-7,30)
Estado mental	Mejor calidad de vida	152	58,0 (51,85-64,18)
	Peor calidad de vida	110	42,0 (35,82-48,15)
Manifestaciones somáticas	Mejor calidad de vida	138	52,7 (46,43-58,91)
	Peor calidad de vida	124	47,3 (41,09-53,56)
Variables		n	Media ± dt(Mediana)
Puntuación total	Estado mental	262	1,30 ± 2,57 (0)
	Manifestaciones somáticas		1,74 ± 1,96 (1)

**Tabla 2**  
**Características sociodemográficas y de comorbilidad de los pacientes según peor calidad de vida en la dimensión estado mental (MINICHAL).**

Características		PEOR CALIDAD VIDA ESTADO MENTAL (n=110, 42%)		MEJOR CALIDAD VIDA ESTADO MENTAL (n=152, 58%)		p	OR (IC 95%)
		n (%)	Media±dt	n (%)	Media±dt		
<b>Edad diagnóstico (años)</b>		110	51,05±15,31	152	53,71±12,31	0,134	0,99 (0,97-1)
<b>IMC (kg/m2)</b>		110	31,08±5,15	152	30,17±5,23	0,164	1,03 (0,99-1,09)
<b>Obesidad abdominal</b>	No (≤102 cm)	34 (30,9)	-	66 (43,4)	-	<b>0,040</b>	1
	Sí (>102 cm)	76 (69,1)	-	86 (56,6)	-		<b>1,72 (1,02-2,87)</b>
<b>ICC crudo</b>		110	1,27±2,07	152	1,17±1,38	0,655	1,04 (0,90-1,19)
<b>Dislipemia</b>	No	56 (50,9)	-	63 (41,4)	-	0,129	1
	Sí	54 (49,1)	-	89 (58,6)	-		1,47 (0,89-2,40)
<b>HBP</b>	No	81 (73,6)	-	114 (75)	-	0,803	1
	Sí	29 (26,4)	-	38 (25)	-		0,93 (0,53-1,63)
<b>Presión Arterial Sistólica</b>		-	141,14±13,90	-	141,62±14,18	0,787	1 (0,98-1,01)
<b>Presión Arterial Diastólica</b>		-	83,63±11,92	-	81,64±11,06	0,165	1,01 (0,99-1,04)
<b>Control hipertensión</b>	Buen control	47 (42,7)	-	65 (42,8)	-	0,995	1
	Mal control	63 (57,3)	-	87 (57,2)	-		1 (0,61-1,64)
<b>Años diagnóstico hipertensión</b>		110	13,65±10,19	152	12,96±9,60	0,580	1,01 (0,98-1,03)
<b>Número de tratamientos antihipertensivos</b>		94	2,17±0,86	141	1,91±0,81	<b>0,020</b>	<b>1,46 (1,06-2)</b>
<b>Número de tratamientos concomitantes</b>		103	2,80±1,51	148	2,46±1,26	0,069	1,11 (0,98-1,27)
<b>Grado adherencia según Haynes-Sacket HTA</b>	Buena adherencia	76 (80,9)	-	128 (90,8)	-	<b>0,028</b>	1
	Mala adherencia	18 (19,1)	-	13 (9,2)	-		<b>2,33 (1,08-5,02)</b>
<b>Grado adherencia según Haynes-Sacket concomitante</b>	Buena adherencia	66 (75,9)	-	101 (77,7)	-	0,754	1
	Mala adherencia	21 (24,1)	-	29 (22,3)	-		1,11 (0,58-2,10)

Tabla 3

**Scores de riesgo cardiovascular, deterioro orgánico asintomático (ESH-ESC, 2013), datos de exploración física y electrocardiográficos, analíticos, de enfermedad arterial periférica, de retinopatía, sintomatología prostática y disfunción eréctil de los pacientes según peor calidad de vida en la dimensión estado mental (MINICHAL).**

Características	PEOR CALIDAD VIDA ESTADO MENTAL (n=110, 42%)	MEJOR CALIDAD VIDA ESTADO MENTAL (n=152, 58%)	p	OR (IC 95%)
	n (%)	n (%)		
<b>Framingham-Wilson</b>	72	109		-
Riesgo bajo	49 (68,1)	74 (67,9)	0,981	1
Riesgo alto	23 (31,9)	35 (32,1)		0,99 (0,52-1,88)
<b>Regicor</b>	70	109		-
Riesgo bajo	59 (84,3)	95 (87,2)	0,589	1
Riesgo alto	11 (15,7)	14 (12,8)		1,26 (0,54-2,97)
<b>Deterioro orgánico asintomático</b>	110	152		-
No	76 (69,1)	119 (78,3)	0,092	1
Sí	34 (30,9)	33 (21,7)		1,61 (0,92-2,82)
<b>Auscultación cardiopulmonar</b>	110	152		-
Normal	86 (78,2)	124 (81,6)	0,496	1
Patológica	24 (21,8)	28 (18,4)		1,24 (0,67-2,28)
<b>Soplo carotídeos</b>	110	152		-
No	104 (94,5)	149 (98)	0,127	1
Sí	6 (5,5)	3 (2)		2,86 (0,70-11,72)
<b>EKG</b>	110	150		-
Normal	53 (48,2)	77 (51,3)	0,616	1
Patológico	57 (51,8)	73 (48,7)		1,13 (0,69-1,85)
<b>Glucemia (mg/dl)</b>	110	150		-
Normal (<126 mg/dl)	89 (80,9)	114 (76)	0,345	1
Alto (≥126 mg/dl)	21 (19,1)	36 (24)		0,75 (0,41-1,37)
<b>Creatinina sangre (mg/dl)</b>	110	150		-
Normal (<1,3mg/dl)	94 (85,5)	137 (91,3)	0,137	1
Alto (≥1,3mg/dl)	16 (14,5)	13 (8,7)		1,79 (0,82-3,90)
<b>MDRD (ml/min/1,73m<sup>2</sup>)</b>	110	150		-
Normal (FG≥60)	94 (85,5)	137 (91,3)	0,137	1
Patológico (FG<60)	16 (14,5)	13 (8,7)		1,79 (0,82-3,90)
<b>Colesterol total</b>	110	150		-
Normal (≤190mg/dl)	55 (50)	73 (48,7)	0,832	1
Alto (>190mg/dl)	55 (50)	77 (51,3)		0,94 (0,58-1,55)

**Tabla 3 (continuación)**

**Scores de riesgo cardiovascular, deterioro orgánico asintomático (ESH-ESC, 2013), datos de exploración física y electrocardiográficos, analíticos, de enfermedad arterial periférica, de retinopatía, sintomatología prostática y disfunción eréctil de los pacientes según peor calidad de vida en la dimensión estado mental (MINICHAL).**

Características	PEOR CALIDAD VIDA ESTADO MENTAL (n=110, 42%)	MEJOR CALIDAD VIDA ESTADO MENTAL (n=152, 58%)	p	OR (IC 95%)
	n (%)	n (%)		
<b>Colesterol HDL</b>	109	150		-
Normal ( $\geq 40$ mg/dl)	85 (78)	121 (80,7)	0,597	1
Bajo ( $< 40$ mg/dl)	24 (22)	29 (19,3)		-
<b>Colesterol LDL</b>	109	150		1 (1-1,01)
Normal ( $\leq 115$ mg/dl)	49 (45)	76 (50,7)	0,364	1
Alto ( $> 115$ mg/dl)	60 (55)	74 (49,3)		1,25 (0,76-2,06)
<b>PSA</b>	105	145		-
Normal ( $\leq 4$ ng/ml)	96 (91,4)	133 (91,7)	0,934	1
Alto ( $> 4$ ng/ml)	9 (8,6)	12 (8,3)		1,04 (0,42-2,56)
<b>Enfermedad Arterial Periférica</b>				-
No (ITB $> 0,90$ )	100 (91,7)	139 (93,3)	0,639	1
Sí (ITB $\leq 0,90$ )	9 (8,3)	10 (8,3)		1,25 (0,49-3,19)
<b>Fondo de Ojo</b>	108	145		-
Normal	95 (88)	122 (84,1)	0,389	1
Alterado	13 (12)	23 (15,9)		0,73 (0,35-1,51)
<b>Puntuación total IPSS</b>	110 (3,06 $\pm$ 3,94) <sup>(*)</sup>	152 (2,39 $\pm$ 3,75) <sup>(*)</sup>	0,161	1,05 (0,98-1,12)
<b>Síntomas de llenado</b>	110	152		-
No	23 (20,9)	39 (25,7)	0,372	1
Sí	87 (79,1)	113 (74,3)		1,31 (0,73-2,35)
<b>Síntomas de vaciado</b>	110	152		-
No	84 (76,4)	127 (83,6)	0,147	1
Sí	26 (23,6)	25 (16,4)		1,57 (0,85-2,91)
<b>Grado de sintomatología prostática</b>	110	151		-
Leve ( $< 8$ puntos)	96 (87,3)	144 (94,7)	<b>0,032</b>	<b>1</b>
Moderada-grave ( $\geq 8$ puntos)	14 (12,7)	8 (5,3)		<b>2,62 (1,06-6,50)</b>
<b>Disfunción eréctil</b>	92	129		-
No	48 (52,2)	71 (55)	0,674	1
Sí	44 (47,8)	58 (45)		1,12 (0,66-1,92)

(\*) Media $\pm$ dt.

**Tabla 4**  
**Características sociodemográficas y de comorbilidad de los pacientes**  
**según peor calidad de vida en la dimensión manifestaciones somáticas (MINICHAL).**

Características		PEOR CALIDAD VIDA MAN. SOMÁTICAS (n=124, 47,3%)		MEJOR CALIDAD VIDA MAN. SOMÁTICAS (n=138, 52,7%)		p	OR (IC 95%)
		n (%)	Media±dt	n (%)	Media±dt		
<b>Edad diagnóstico (años)</b>		124	54,77±12,35	138	50,63±13,15	<b>0,014</b>	<b>1,02 (1,01-1,04)</b>
<b>IMC (kg/m2)</b>		124	30,57±4,92	138	30,54±5,46	0,847	1 (0,96-1,05)
<b>Obesidad abdominal</b>	No (≤102 cm)	45 (36,3)	-	55 (39,9)	-	0,553	1
	Sí (>102 cm)	79 (63,7)	-	83 (60,1)	-		1,16 (0,71-1,92)
<b>ICC crudo</b>		124	1,54±1,96	138	0,92±1,37	<b>0,004</b>	<b>1,27 (1,07-1,49)</b>
<b>Dislipemia</b>	No	52 (41,9)	-	67 (48,6)	-	0,283	1
	Sí	72 (58,1)	-	71 (51,4)	-		1,31 (0,80-2,13)
<b>HBP</b>	No	81 (65,3)	-	114 (82,6)	-	<b>0,001</b>	<b>1</b>
	Sí	43 (34,7)	-	24 (17,4)	-		<b>2,52 (1,42-4,48)</b>
<b>Presión Arterial Sistólica</b>		-	140,95±13,38	-	141,85±14,65	0,604	0,99 (0,98-1,01)
<b>Presión Arterial Diastólica</b>		-	80,95±12,14	-	83,84±10,64	<b>0,041</b>	<b>0,98 (0,96-0,99)</b>
<b>Control hipertensión</b>	Buen control	53 (42,7)	-	59 (42,8)	-	0,998	1
	Mal control	71 (57,3)	-	79 (57,2)	-		1 (0,61-1,63)
<b>Años diagnóstico hipertensión</b>		124	14,33±10,71	138	12,27±8,92	0,090	1,02 (1-1,05)
<b>Número de tratamientos antihipertensivos</b>		113	2,11±0,85	122	1,93±0,82	0,101	1,29 (0,95-1,77)
<b>Número de tratamientos concomitantes</b>		108	13,65±10,19	110	12,96±9,60	<b>&lt;0,001</b>	<b>1,49 (1,20-1,85)</b>
<b>Grado adherencia según Haynes-Sacket HTA</b>	Buena adherencia	98 (86,7)	-	106 (89,6)	-	0,971	1
	Mala adherencia	15 (13,3)	-	16 (13,1)	-		1,01 (0,47-2,16)
<b>Grado adherencia según Haynes-Sacket concomitante</b>	Buena adherencia	80 (74,8)	-	87 (79,1)	-	0,449	1
	Mala adherencia	27 (25,2)	-	23 (20,9)	-		1,28 (0,68-2,41)

A medida que disminuían los valores de PAD, también lo hacía de manera estadísticamente significativa el riesgo de peor calidad de vida en la dimensión “manifestaciones somáticas”, efecto no objetivado en los valores de PAS, aunque seguían esta tendencia.

El tener un buen control de la HTA, más años desde el diagnóstico, buena adherencia al tratamiento o mayor número de tratamientos antihipertensivos, no incrementaba de manera estadísticamente significativa este riesgo. Sin embargo, si aumentaba a mayor número de tratamientos concomitantes (OR=1,49).

Encontrar un deterioro orgánico asintomático, una auscultación cardiopulmonar patológica o un EKG patológico (tabla 5) tenía un efecto independiente para predecir peor calidad de vida, triplicando este riesgo, multiplicándose por 9,45 en el caso de presentar soplos carotídeos.

Niveles altos de creatinina sanguínea y filtrado glomerular patológico según la fórmula MDRD triplicaban este riesgo ( $p=0,004$ ), y valores bajos de Colesterol HDL reducían este riesgo a la mitad (OR=0,50).

La puntuación obtenida en el cuestionario de sintomatología prostática (IPSS) mostró un

efecto independiente para predecir peor calidad de vida en este dominio ( $p<0,001$ ). Esta misma tendencia se objetivó en la manifestación de síntomas irritativos, de tener grado de sintomatología prostática moderada-grave y de presentar disfunción eréctil según el cuestionario IIEF (OR=3,05, 2,62 y 2,14, respectivamente).

Tras realizar un modelo de regresión logística multivariada (tabla 6), ajustando por las variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis bivariado y aquellas con relevancia clínica, se objetivó que las variables que se asociaban a una peor calidad de vida según el “estado mental” eran la suma de medicación para la HTA y el presentar un grado moderado-severo de sintomatología prostática. A mayor medicación para la hipertensión, mayor riesgo (OR=1,562), y los pacientes con un grado moderado-severo de sintomatología prostática lo triplicaban. En cuanto a la peor calidad de vida, según las “manifestaciones somáticas” las variables predictoras eran la suma de medicación concomitante, colesterol HDL, EKG patológico y síntomas de llenado. A mayor medicación concomitante, mayor riesgo (OR=1,449), y valores de colesterol HDL bajos disminuían considerablemente dicho riesgo (OR=0,308). Tener un EKG patológico o la presencia de síntomas de llenado duplicaba ese riesgo.

Tabla 5

**Scores de riesgo cardiovascular, deterioro orgánico asintomático (ESH-ESC, 2013), datos de exploración física y electrocardiográficos, analíticos, de enfermedad arterial periférica, de retinopatía, sintomatología prostática y disfunción eréctil de los pacientes según peor calidad de vida en la dimensión manifestaciones somáticas (MINICHAL).**

Características	PEOR CALIDAD VIDA MAN. SOMÁTICAS (n=124, 47,3%)	MEJOR CALIDAD VIDA MAN. SOMÁTICAS (n=138, 52,7%)	p	OR (IC 95%)
	n (%)	n (%)		
<b>Framingham-Wilson</b>	70	111	0,427	-
Riesgo bajo	50 (71,4)	73 (65,8)		1
Riesgo alto	20 (28,6)	38 (34,2)		0,77 (0,40-1,47)
<b>Regicor</b>	70	109	0,095	-
Riesgo bajo	64 (91,4)	90 (82,6)		1
Riesgo alto	6 (8,6)	19 (17,4)		0,44 (0,17-1,17)
<b>Deterioro orgánico asintomático</b>	124	138	<b>0,004</b>	-
No	82 (66,1)	113 (81,9)		1
Sí	42 (33,9)	25 (18,1)		<b>2,31 (1,31- 4,10)</b>
<b>Auscultación cardiopulmonar</b>	124	138	<b>0,004</b>	-
Normal	90 (72,6)	120 (87,0)		1
Patológica	34 (27,4)	18 (13,0)		<b>2,51 (1,34-4,74)</b>
<b>Soplo carotídeos</b>	124	138	<b>0,015</b>	-
No	116 (93,5)	137 (99,3)		1
Sí	8 (6,5)	1 (0,7)		<b>9,45 (1,16-76,66)</b>
<b>EKG</b>	123	137	<b>&lt;0,001</b>	-
Normal	47 (38,2)	83 (60,6)		1
Patológico	76 (61,8)	54 (39,4)		<b>2,48 (1,51-4,10)</b>
<b>Glucemia (mg/dl)</b>			0,992	-
Normal (<126 mg/dl)	96 (78,0)	107 (78,1)		1
Alto (≥126 mg/dl)	27 (22,0)	30 (21,9)		1,03 (0,56-1,81)
<b>Creatinina sangre (mg/dl)</b>			<b>0,004</b>	-
Normal (<1,3mg/dl)	102 (82,9)	129 (94,2)		1
Alto (≥1,3mg/dl)	21 (17,1)	8 (5,8)		<b>3,32 (1,41-7,80)</b>
<b>MDRD (ml/min/1,73m<sup>2</sup>)</b>			<b>0,004</b>	-
Normal (FG≥60)	94 (85,5)	137 (91,3)		1
Patológico (FG<60)	16 (14,5)	13 (8,7)		<b>3,32 (1,41-7,80)</b>
<b>Colesterol total</b>			0,064	-
Normal (≤190mg/dl)	68 (55,3)	60 (43,8)		1
Alto (>190mg/dl)	55 (44,7)	77 (56,2)		0,63 (0,39-1,03)

**Tabla 5 (continuación)**

**Scores de riesgo cardiovascular, deterioro orgánico asintomático (ESH-ESC, 2013), datos de exploración física y electrocardiográficos, analíticos, de enfermedad arterial periférica, de retinopatía, sintomatología prostática y disfunción eréctil de los pacientes según peor calidad de vida en la dimensión manifestaciones somáticas (MINICHAL).**

Características	PEOR CALIDAD VIDA MAN. SOMÁTICAS (n=124, 47,3%)	MEJOR CALIDAD VIDA MAN. SOMÁTICAS (n=138, 52,7%)	p	OR (IC 95%)
	n (%)	n (%)		
<b>Colesterol HDL</b>				-
Normal ( $\geq 40$ mg/dl)	104 (85,2)	102 (74,5)	<b>0,032</b>	1
Bajo ( $< 40$ mg/dl)	18 (14,8)	35 (25,5)		<b>0,50 (0,27-0,95)</b>
<b>Colesterol LDL</b>				-
Normal ( $\leq 115$ mg/dl)	62 (50,8)	63 (46,0)	0,437	1
Alto ( $> 115$ mg/dl)	60 (49,2)	74 (54,0)		0,82 (0,50-1,34)
<b>PSA</b>				-
Normal ( $\leq 4$ ng/ml)	106 (91,4)	123 (91,8)	0,907	1
Alto ( $> 4$ ng/ml)	10 (8,6)	11 (8,2)		1,05 (0,43-2,58)
<b>Enfermedad Arterial Periférica</b>				-
No (ITB $> 0,90$ )	111 (91,7)	128 (93,3)	0,603	1
Sí (ITB $\leq 0,90$ )	10 (8,3)	9 (8,3)		1,28 (0,50-3,27)
<b>Fondo de Ojo</b>	121	132		-
Normal	104 (86,0)	113 (85,6)	0,938	1
Alterado	17 (14,0)	19 (14,4)		0,97 (0,48-1,97)
<b>Puntuación total IPSS</b>	124 (3,63 $\pm$ 4,63) <sup>(*)</sup>	138 (1,81 $\pm$ 2,71) <sup>(*)</sup>	<b>&lt;0,001</b>	<b>1,17 (1,07-1,28)</b>
<b>Síntomas de llenado</b>	124	138		-
No	17 (13,7)	45 (32,6)	<b>&lt;0,001</b>	<b>1</b>
Sí	107 (86,3)	93 (67,4)		<b>3,05 (1,63-5,68)</b>
<b>Síntomas de vaciado</b>	124	138		-
No	94 (75,8)	117 (84,8)	0,067	1
Sí	30 (24,2)	21 (15,2)		1,78 (0,96-3,31)
<b>Grado de sintomatología prostática</b>	124	138		-
Leve ( $< 8$ puntos)	96 (87,3)	144 (94,7)	<b>0,032</b>	<b>1</b>
Moderada-grave ( $\geq 8$ puntos)	14 (12,7)	8 (5,3)		<b>2,62 (1,06-6,50)</b>
<b>Disfunción eréctil</b>	95	126		-
No	41 (43,2)	78 (61,9)	<b>0,006</b>	<b>1</b>
Sí	54 (56,8)	48 (38,1)		<b>2,14 (1,24-3,68)</b>

(\*) Media $\pm$ dt.

**Tabla 6**  
**Modelos de regresión logística multivariados para determinar**  
**los factores asociados a peor CV según el estado mental (Modelo 1)**  
**y las manifestaciones somáticas (Modelo 2) del cuestionario MINICHAL.**

Modelo 1	B	ET	P	OR	95% CI
Edad diagnóstico	-0,047	0,029	0,104	0,954	0,901-1,010
Años de diagnóstico HTA	-0,028	0,032	0,384	0,973	0,914-1,035
Suma medicación HTA	0,840	0,272	<b>0,002</b>	<b>2,315</b>	<b>1,358-3,946</b>
REGICOR (alto vs. bajo)	0,868	0,589	0,140	2,383	0,751-7,559
Glucemia (alta vs. normal)	-0,377	0,501	0,452	0,686	0,257-1,831
MDRD (patológico vs. normal)	2,148	1,140	0,059	8,572	0,918-80,048
ITB (patológico vs. normal)	2,305	1,130	<b>0,041</b>	<b>10,026</b>	<b>1,096-91,758</b>
Deterioro orgánico asintomático (sí vs. no)	-1,913	0,906	<b>0,035</b>	<b>0,148</b>	<b>0,025-0,872</b>
Síntomas de llenado (sí vs. no)	1,038	0,513	<b>0,043</b>	<b>2,823</b>	<b>1,033-7,717</b>
Disfunción eréctil (sí vs. no)	-0,363	0,478	0,448	0,696	0,273-1,776
CONSTANTE	0,038	1,683	0,982	1,039	-
Modelo 2	B	ET	P	OR	95% CI
Edad diagnóstico	0,008	0,018	0,680	1,008	0,972-1,044
Charlson Crudo	0,179	0,132	0,174	1,196	0,924-1,549
Suma medicación Concomitante	0,444	0,158	<b>0,005</b>	<b>1,558</b>	<b>1,143-2,124</b>
MDRD (patológico vs. normal)	0,475	0,758	0,530	1,609	0,364-7,102
Colesterol HDL (bajo vs. normal)	-1,312	0,520	<b>0,012</b>	<b>0,269</b>	<b>0,097-0,747</b>
REGICOR (alto vs. bajo)	-0,836	0,592	0,158	0,433	0,136-1,383
EKG (patológico vs. normal)	0,885	0,405	<b>0,029</b>	<b>2,423</b>	<b>1,095-5,365</b>
ITB (patológico vs. normal)	-0,826	0,747	0,268	0,438	0,101-1,891
HBP (sí vs. no)	-0,431	0,500	0,389	0,650	0,244-1,733
Síntomas de llenado (sí vs. no)	1,137	0,512	<b>0,027</b>	<b>3,116</b>	<b>1,142-8,508</b>
CONSTANTE	-2,925	1,105	0,008	0,054	0,751-7,559

## DISCUSIÓN

Nuestro estudio es uno de los pocos realizados en el ámbito de la Atención Primaria centrado en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial, una patología altamente prevalente. El 95,4% de los hipertensos estudiados refiere que ni la hipertensión ni el tratamiento de la misma afecta a su calidad de vida, datos que concuerdan con los obtenidos en el estudio de Banegas JR *et al*<sup>(13)</sup> y que contradicen a otros<sup>(14,15,16)</sup>. Al valorar la calidad de vida de estos pacientes mediante las dimensiones “estado mental” y “manifestaciones somáticas” del cuestionario MINICHAL, utilizando la mediana de las puntuaciones como punto de corte para clasificar a los pacientes según presentasen mejor/peor CV, se observó que solo la mitad de ellos tenían una buena calidad de vida, resultados que vienen a apoyar el estudio de Trevisol DJ *et al*<sup>(10)</sup>, en el que la calidad de vida de los pacientes hipertensos era peor que la de los normotensos.

En nuestro estudio, las variables predictoras de peor CV en la dimensión “estado mental” mediante la regresión logística multivariada fueron la suma de medicación antihipertensiva y el presentar un grado moderado-severo de sintomatología prostática en IPSS.

En cuanto a la dimensión “manifestaciones somáticas”, los factores de riesgo mediante la regresión logística multivariada fueron la suma de medicación concomitante, el tener un EKG patológico o presentar síntomas de llenado, encontrando que niveles bajos de HDL colesterol mostraban un efecto protector.

Este impacto negativo de la medicación hipertenso sobre la calidad de vida, que en nuestro estudio solo afecta al “estado mental”, se pone de manifiesto en estudios como el de Carris NR *et al*<sup>(17)</sup>. Sin embargo, no hemos podido encontrar estudios que apoyen este

impacto negativo en la CV de la medicación concomitante (no antihipertensiva) en las “manifestaciones somáticas”, de la medicación.

El hecho de presentar síntomas prostáticos afecta de manera significativamente considerable a la CV en ambas dimensiones, resultados similares a los encontrados en el estudio de Ito H *et al*, en el que se relaciona la hipertensión como factor de riesgo para síntomas de llenado<sup>(18)</sup>, o en el estudio de Choi WS *et al*, en el que la hipertensión influía de manera negativa en la calidad de vida relacionada con los síntomas del tracto urinario inferior<sup>(19)</sup>.

Encontrar un EKG patológico o un filtrado glomerular patológico mediante MDRD es la expresión de manifestar afectaciones en órganos diana, lo que empeora el pronóstico del paciente y, por tanto, su calidad de vida<sup>(20)</sup>. La detección precoz de un deterioro orgánico asintomático nos permitiría que se efectuaran tratamientos agresivos encaminados a conseguir niveles menores de presión arterial, lo que mejoraría los puntajes sobre calidad de vida<sup>(21)</sup>.

Los niveles de colesterol HDL bajos es un factor multiplicador que aumenta el riesgo cardiovascular y, a mayor riesgo cardiovascular, peor CV<sup>(22,23)</sup>, no siendo así en nuestro estudio, ya que niveles bajos de HDL colesterol se asocia a una mejor CV en la dimensión “manifestaciones somáticas”.

**Limitaciones.** Cuando evaluamos a los pacientes hipertensos de un área de salud, estos no tienen por qué ser representativos de todos los pacientes hipertensos, cometiendo un sesgo de selección. Para evitarlo, por un lado comparamos nuestros resultados con lo publicado a nivel nacional e internacional, lo que nos permite ver la consistencia de los datos; y por otro, hemos solicitado la colaboración de cada uno de sus médicos para reducir lo más posible las pérdidas de los pacientes seleccionados.

Para evitar los sesgos de información se usaron cuestionarios e instrumentos de medida validados, para la exploración se han seguido las recomendaciones de las guías de práctica clínica, y cuando existía déficit de información (no constaba un EKG...) se citó al paciente para su realización. Y para evitar los sesgos de confusión se realizó un análisis multivariado de regresión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Oparil S, Acelajado MC, Bakris GL *et al.* Hypertension. *Nat Rev Dis Primers.* Mar 22 2018;4:18014. doi: 10.1038/nrdp.2018.14
2. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* Nov 10 2018;392(10159):1923-1994. doi: 10.1016/s0140-6736(18)32225-6
3. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19·1 million participants. *Lancet.* Jan 7 2017;389(10064):37-55. doi: 10.1016/s0140-6736(16)31919-5
4. Rosendorff C, Lackland DT, Allison M *et al.* Treatment of hypertension in patients with coronary artery disease: a scientific statement from the American Heart Association, American College of Cardiology, and American Society of Hypertension. *Circulation.* May 12 2015;131(19):e435-70. doi: 10.1161/cir.0000000000000207
5. Brotons Cuixart C, Alemán Sánchez JJ, Banegas Banegas JR *et al.* Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualizaciones PAPPs 2018. *Aten Primaria.* May 2018;50 Suppl 1(Suppl 1):4-28. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPs 2018. doi: 10.1016/s0212-6567(18)30360-3
6. James PA, Oparil S, Carter BL *et al.* 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Jama.* Feb 5 2014;311(5):507-20. doi: 10.1001/jama.2013.284427
7. Menendez E, Delgado E, Fernandez-Vega F *et al.* Prevalence, Diagnosis, Treatment, and Control of Hypertension in Spain. Results of the Di@bet.es Study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* Jun 2016;69(6):572-8. doi: 10.1016/j.rec.2015.11.034. Epub 2016 Mar 12.
8. Unger T, Borghi C, Charchar F *et al.* 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *J Hypertens.* Jun 2020;38(6):982-1004. doi: 10.1097/hjh.0000000000002453
9. Williams B, Mancia G, Spiering W *et al.* 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens.* Oct 2018;36(10):1953-2041. doi: 10.1097/hjh.0000000000001940
10. Trevisol DJ, Moreira LB, Kerkhoff A, Fuchs SC, Fuchs FD. Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Hypertens.* Feb 2011;29(2):179-88. doi: 10.1097/HJH.0b013e328340d76f
11. Organization WH. Preamble to the Constitution of WHO. <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution><https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>; 1946 [consultada el 21 de agosto de 2020].
12. Carvalho MA, Silva IB, Ramos SB, Coelho LF, Goncalves ID, Figueiredo Neto JA. Quality of life of hypertensive patients and comparison of two instruments of HRQOL measure. *Comparative Study. Arq Bras Cardiol.* May 2012;98(5):442-51. Epub 2012 Apr 5.
13. Banegas JR, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, López-García E, Ruilope LM. Association between awareness, treatment, and control of hypertension,

- and quality of life among older adults in Spain. *Am J Hypertens*. Jul 2006;19(7):686-93. doi: 10.1016/j.amjhyper.2006.01.015
14. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, Gibson ES, Johnson AL. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. *N Engl J Med*. Oct 5 1978;299(14):741-4. doi: 10.1056/nejm197810052991403
15. Alderman MH, Charlson ME, Melcher LA. Labelling and absenteeism: the Massachusetts Mutual experience. *Clin Invest Med*. 1981;4(3-4):165-171.
16. Pickering TG. Now we are sick: labeling and hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. Jan 2006;8(1):57-60. doi: 10.1111/j.1524-6175.2005.05121.x
17. Carris NW, Smith SM. Quality of Life in Treatment-Resistant Hypertension. *Curr Hypertens Rep*. Aug 2015;17(8):61. doi: 10.1007/s11906-015-0578-5
18. Ito H, Yoshiyasu T, Yamaguchi O, Yokoyama O. Male Lower Urinary Tract Symptoms: Hypertension as a Risk Factor for Storage Symptoms, but Not Voiding Symptoms. *Low Urin Tract Symptoms*. May 2012;4(2):68-72. doi: 10.1111/j.1757-5672.2011.00115.x
19. Choi WS, Heo NJ, Lee YJ, Son H. Factors that influence lower urinary tract symptom (LUTS)-related quality of life (QoL) in a healthy population. *World J Urol*. Nov 2017;35(11):1783-1789. doi: 10.1007/s00345-017-2052-2. Epub 2017 Jun 5.
20. Rogan A, McCarthy K, McGregor G *et al*. Quality of life measures predict cardiovascular health and physical performance in chronic renal failure patients. *PLoS One*. 2017;12(9):e0183926. doi: 10.1371/journal.pone.0183926
21. Wiklund I, Halling K, Rydén-Bergsten T, Fletcher A. Does lowering the blood pressure improve the mood? Quality-of-life results from the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study. *Blood Press*. Nov 1997;6(6):357-64. doi: 10.3109/08037059709062095
22. Ko HY, Lee JK, Shin JY, Jo E. Health-Related Quality of Life and Cardiovascular Disease Risk in Korean Adults. *Korean J Fam Med*. Nov 2015;36(6):349-56. doi: 10.4082/kjfm.2015.36.6.349. Epub 2015 Nov 20.
23. Li C, Ford ES, Mokdad AH, Balluz LS, Brown DW, Giles WH. Clustering of cardiovascular disease risk factors and health-related quality of life among US adults. *Value Health*. Jul-Aug 2008;11(4):689-99. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00307.x. Epub 2008 Jan 8.