

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF No. 249
TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO**

**"RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO
MAYOR HIPERTENSO Y EL GRADO DE CONTROL DE LA TENSIÓN
ARTERIAL EN PACIENTES ADSCRITOS A LA UMF 248 DURANTE LOS
MESES DE AGOSTO A OCTUBRE 2012"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. EDUARDO FLORES GONZÁLEZ

TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

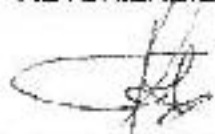
**"RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN EL
ADULTO MAYOR HIPERTENSO Y EL GRADO DE CONTROL DE
LA TENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES ADSCRITOS A LA UMF
248 DURANTE LOS MESES DE AGOSTO A OCTUBRE 2012"**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

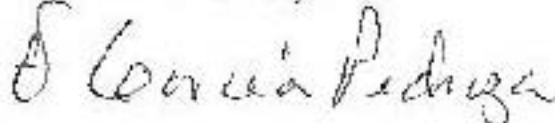
PRESENTA

DR. EDUARDO FLORES GONZÁLEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

“RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR HIPERTENSO Y EL GRADO DE CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL EN PACIENTES ADSCRITOS A LA UMF 248 DURANTE LOS MESES DE AGOSTO A OCTUBRE 2012”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

**MC. EDUARDO FLORES GONZALEZ
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR**

A U T O R I Z A C I O N E S:

MC. ZITA REZA GARAY

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249; TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO.

**MC. FLOR DE MARIA ELIZABETH CEBALLOS SALGADO
DIRECTOR DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**DR GUILLERMO AUSTREBERTO ESPINOZA FUENTES
COORDINAR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
ASESOR METODOLOGICO**

**DR GUILLERMO AUSTREBERTO ESPINOZA FUENTES
COORDINAR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDA DE MEDICINA FAMILIAR No 222**

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por haberme permitido terminar el curso y compartir con mi Familia esta experiencia única.

A mi esposa Ivón por todo su apoyo y comprensión durante este tiempo. TE AMO!

A mis hijas Andrea y Fernanda por ser el motor y el eje de mi vida.

A mis Padres y Suegros por todo el apoyo brindado durante este tiempo.

A la Dra. Zita y al Dr. Guillermo por su apoyo y experiencia brindada en este curso.

A la Dra. Ceballos por toda su ayuda y experiencia para que este trabajo fuera terminado.

A todos los profesores que compartieron sus conocimientos conmigo durante la rotación.

RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR HIPERTENSO Y EL GRADO DE CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL EN PACIENTES ADSCRITOS A LA UMF 248 DURANTE LOS MESES DE AGOSTO A OCTUBRE 2012

ÍNDICE

Titulo.....	5
Indice General.....	6
Resumen.....	7
Introducción.....	8
Marco Teórico.....	9
-Hipertensión arterial.....	9
-Depresión en el adulto mayor.....	21
-Hipertensión y depresión.....	30
-Escala de depresión geriátrica de Yesavage.....	31
Planteamiento del problema.....	34
Justificación.....	36
Hipótesis.....	37
Objetivos.....	38
Material y métodos.....	39
Tipo de Estudio.....	39
Población de estudio, lugar y tiempo.....	39
Universo de trabajo.....	39
Tipo de muestreo.....	40
Tamaño de la muestra.....	40
Criterios de Selección.....	41
Operacionalización de variables.....	42
Descripción general del estudio.....	44
Análisis estadístico.....	44
Recursos.....	45
Consideraciones éticas.....	46
Cronograma.....	47
Resultados.....	48
Discusión.....	66
Conclusiones.....	68
Anexos.....	69
Bibliografía.....	72

RESUMEN

TITULO: “RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR HIPERTENSO Y EL GRADO DE CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL EN PACIENTES ADSCRITOS A LA UMF 248 DURANTE LOS MESES DE AGOSTO A OCTUBRE 2012”.

Autores: Flores E.

Palabras clave: Depresión, Hipertensión Arterial, Adulto Mayor.

INTRODUCCIÓN: La hipertensión arterial puede ser un síntoma de un desorden subyacente o comenzar siendo una enfermedad por sí misma. Los Estudios epidemiológicos sostienen que afecta al 30% de la población, aumentando el riesgo de padecerla con el aumento de la edad. Desde el año 1898 datan estudios en donde ya se había observado la asociación entre depresión e hipertensión, reportando que la hipertensión arterial (HTA) aumentaba durante los episodios de depresión y retornaba a sus valores con la remisión de los síntomas depresivos. Numerosos estudios han examinado que los disturbios emocionales pueden conducir a un incremento de la Tensión Arterial. Es bien sabido que la depresión en el anciano es con frecuencia no detectada y por lo tanto, no tratada; siendo este un padecimiento potencialmente tratable. En atención primaria existe subdiagnóstico y retraso en la identificación de la depresión, por lo que, desde el inicio del tratamiento, impacta negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios. La presente investigación evalúo si existe relación entre la depresión en el adulto mayor hipertenso y el grado de control de la misma.

OBJETIVO: Determinar la relación entre la presencia de depresión en el adulto mayor hipertenso y el grado de control de la Tensión Arterial.

METODOLOGIA: Se realizó un estudio observacional, analítico, descriptivo, transversal, prospectivo en hombres y mujeres adultos mayores hipertensos adscritos a la UMF 248 del IMSS San Mateo Atenco, en el periodo comprendido de agosto a octubre 2012. Utilizando en cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage, se encuestaron 180 adultos mayores hipertensos bajo previo consentimiento informado.

RESULTADOS: De los 180 pacientes encuestados 127 no tuvieron depresión (70%), 37 con depresión moderada (21%) y 16 con depresión severa (9%). En cuanto al grado de control de la TA de los 127 pacientes sin depresión se reporta 101 pacientes controlados (80%) y 26 descontrolados (20%). De los 37 pacientes con depresión moderada se encontraron 26 pacientes controlados (70%) y 11 descontrolados (30%). De los 16 pacientes con depresión severa 12 estaban controlados (75%) y 4 descontrolados (25%).

CONCLUSIONES: El porcentaje de los pacientes es parecido presentado en pacientes sin depresión 20%, depresión moderada 30% y depresión severa 25%. Por lo que desde la perspectiva del presente trabajo podemos mencionar que no existe una asociación entre la depresión y el grado de control de la tensión arterial ya que los porcentajes de los pacientes descontrolados con depresión son parecidos en pacientes sin depresión. Por lo tanto la relación de pacientes con algún grado de depresión no es determinante para la presencia de descontrol de la Tensión Arterial.

INTRODUCCION

Es sabido que existe relación entre las enfermedades físicas y psíquicas. El ser humano involucra toda la corporalidad, y en él hay una comunicación bidireccional entre el cerebro y los sistemas corporales que se produce a través de mecanismos neuroendócrinos. Los cuadros de enfermedad en la medicina general pueden disparar una depresión a través de una respuesta psicológica, en especial si la enfermedad es discapacitante, o potencialmente fatal, de allí que alrededor de dos tercios de los cuadros depresivos en las salas de medicina general son el resultado directo de la enfermedad física o de sus tratamientos.

En el adulto mayor la depresión puede ocultar síntomas somáticos, ya sea como manifestaciones del síndrome depresivo o porque, a causa de éste, se acentúan los síntomas de otras enfermedades concomitantes. Los síntomas cognitivos secundarios se presentan con más frecuencia en este grupo etario.

En las enfermedades cardiovasculares los efectos de los factores psicosociales y conductuales (en la enfermedad cardiovascular) han motivado una considerable atención y han sido un objetivo primario de la investigación en los últimos veinte años. El papel de los estados afectivos sobre la mortalidad y morbilidad cardiovascular están teniendo gran interés. Dos tipos de mecanismos han sido sugeridos para relacionar depresión con mortalidad, por un lado el conductual (dificultades del paciente deprimido para cumplir el tratamiento y modificar factores de riesgo) y por otro lado factores fisiopatológicos asociados con la depresión.

La presente investigación evaluará si existe relación entre la depresión en el adulto mayor hipertenso y el grado de control de la misma en los pacientes adscritos a la UMF 248 a través de la aplicación del cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage que consta de 30 ítems su contenido se centra en aspectos cognitivos-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano lo cual nos ayudará a diagnosticar oportunamente depresión en el adulto mayor para poder evitar complicaciones y el impacto a nivel familiar que esto conlleva.

MARCO TEORICO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial es un trastorno cardiovascular altamente frecuente en las poblaciones y con unas consecuencias epidemiológicas reconocidas. Los orígenes de la hipertensión, desde el punto de vista fisiopatológico, son múltiples y para entenderlos es necesario iniciar por una adecuada comprensión de la fisiología del control normal de la presión arterial (PA) y de los mecanismos propuestos que predisponen a individuos y a poblaciones a la hipertensión primaria. En este marco de referencia se presentará el espectro de estados fisiopatológicos que dan lugar a elevaciones crónicas del Presión Arterial. Una comprensión adecuada de la fisiopatología de la hipertensión es fundamental para entender los nuevos escenarios que buscan mejorar el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

Fisiología

La presión arterial es la fuerza o tensión que la sangre ejerce sobre las paredes de las arterias al pasar por ellas. Esta presión alcanza su valor máximo durante la sístole ventricular (presión sistólica) y el más bajo durante la relajación cardíaca (presión diastólica). Aunque la presión arterial de un individuo varía con las actividades de la vida diaria, los valores promedio o “normales” generalmente están cerca a 140mmHg para la presión sistólica y a 80mmHg para la presión diastólica. Hemodinámicamente, la presión arterial depende del gasto cardíaco y la resistencia vascular total, parámetros que son finalmente controlados por el sistema nervioso autónomo. (1)

Las cifras de presión arterial de los individuos en una población muestran una distribución normal, donde existe un número pequeño de sujetos con presiones extremas (muy altas o muy bajas). La definición de los individuos que se consideran con presión arterial elevada se hace estableciendo un punto de corte por encima del cual los sujetos se consideran hipertensos. Dependiendo del valor del punto de corte, el porcentaje de individuos hipertensos varía. El punto de corte se elige con criterios epidemiológicos en los que se considera a partir de qué valor de presión arterial se presenta un mayor número de complicaciones cardiovasculares relacionadas con una presión más alta. Como norma general, entre mayor sea la presión arterial mayor es la morbimortalidad de las poblaciones, comenzando a partir de valores de presión arterial diastólica de 70mmHg y de presión arterial sistólica de 110mmHg. Por lo tanto, desde el punto de vista epidemiológico, la hipertensión arterial es un trastorno cardiovascular que acelera el daño de varios órganos blanco e incrementa la aparición de complicaciones cardiovasculares, tales como la arteriosclerosis coronaria, la falla cardíaca y la enfermedad cerebrovascular. (2)

Diagnóstico de la hipertensión arterial sistémica

Posiblemente el primer experimento para medir la presión arterial fue realizado por el obispo de Teddington, Stephen Hales, que comunicó en 1733 al Colegio Real de Médicos sus observaciones realizadas en un caballo al que canuló la arteria carótida, notando que la sangre era capaz de subir 270 centímetros por encima del corazón. Así empezó todo, pero no sabemos lo que pasó con el

caballo que, posiblemente, encabeza la lista de las víctimas de la iatrogenia (por lo menos de tipo “veterinario”) por la medición inadecuada de la presión arterial.

Hasta fines del siglo XIX las mediciones de la tensión arterial se realizaban con complicados instrumentos de laboratorio y solo en este tipo de ambiente experimental.

En 1896 en la Gaceta Médica de Torino apareció el artículo de “Scipione Riva-Ricci”, sobre las características de un nuevo aparato para medir la presión arterial: el esfigmomanómetro de mercurio. Este descubrimiento simple permitió una gran mejoría en el conocimiento de la hipertensión arterial y posibilitó la medición de la presión en un escenario más amplio y lo introdujo en la práctica clínica diaria.

La técnica fue perfeccionada gracias a la observación de Nikolai Sergeyeovich Korotkoff en 1905, quien, al aplicar el fonendoscopio sobre la arteria colapsada y luego liberada, describió los ruidos que llevan su nombre y de esta manera se introdujo el método auscultatorio utilizado hasta nuestros días. En el nuevo siglo los estudios experimentales y las observaciones clínicas permitieron conocer las regulaciones mecánicas de la presión arterial en condiciones fisiológicas y patológicas. (3)

En los años cincuenta algunos médicos creían que la presión sanguínea elevada era necesaria para proveer adecuado flujo a los órganos vitales, conforme la persona envejecía. Uno de los estudios iniciales que destacó el riesgo de presión no tratada fue publicado en 1955; de los 500 pacientes evaluados y seguidos desde el diagnóstico de la Hipertensión Arterial hasta la muerte, con un seguimiento máximo de 44 años, aproximadamente el 50% desarrolló falla cardíaca y el 12% presentó apoplejía; el daño renal se encontró en 42% de los casos y la falla renal crónica en el 18%. El daño de órganos blancos fue acompañado de un aumento significativo de la mortalidad, con una sobrevida media entre 1 y 8 años después de iniciada la hipertensión. (4)

El tratamiento de la hipertensión en aquellas épocas era primitivo y consistía en una dieta muy rígida baja en sodio que pocos pacientes podían seguir, cirugías mutilativas (simpatectomía o adrenalectomía bilateral), y unas pocas medicaciones cuyos efectos tóxicos impedían su utilización amplia.

Los estudios a finales de los años 40 establecieron que si la presión lograba ser reducida en pacientes con la presentación maligna y además era mantenida en un nivel bajo, se evitarían muchos accidentes cerebrovasculares y episodios de falla cardíaca, también se incrementaba la sobrevida. Los médicos empezaron a tratar pacientes con hipertensión menos severa en los años 60 a 80, en la medida que los datos de estudios clínicos confirmaron que aun elevaciones de la tensión arterial por encima de un límite arbitrario de 140/90mmHg incrementaban el riesgo cardiovascular, y que disminuyéndola por debajo de estos niveles disminuirían las complicaciones. Con la acumulación de más información se hizo aparente que los beneficios de tratar grados menos severos de hipertensión sobrepasaban los riesgos, tanto en sujetos jóvenes como viejos. La información más reciente tiene que ver con los beneficios claros de tratar pacientes de edad avanzada con hipertensión sistólica aislada. (5)

Epidemiología

La prevalencia mundial estimada de Hipertensión arterial (HTA) es de 1.000 millones de individuos afectados y aproximadamente 7 millones de muertes anuales pueden atribuirse a esta enfermedad. La Organización Mundial de Salud ha reportado que el control inadecuado de la PA es responsable del 62% de la enfermedad cerebrovascular y del 49% de la enfermedad cardíaca isquémica, con escasa variación por el género. (6)

Claramente ha habido mejoría en los objetivos generales trazados por las entidades encargadas de velar por el control de la HTA, especialmente en los países desarrollados, pero aún falta mucho por hacer. Se estima que en Estados Unidos el 30% de los adultos no saben que son hipertensos, más del 40% no reciben tratamiento y dos tercios de los hipertensos no tiene adecuado control de sus cifras tensionales. (7)

La hipertensión es un tema médico y de salud pública con una importancia en aumento. La prevalencia de la HTA se incrementa con la edad al punto que la mitad de las personas mayores de 60 años están afectadas. El incremento de la presión arterial sistólica aislada, relacionada con la edad es la responsable del aumento tanto en la incidencia como la prevalencia de la HTA. El riesgo cardiovascular asociado a la HTA es continuo, consistente e independiente de otros factores de riesgo. Entre más alta sea la presión, mayor es la probabilidad del infarto de miocardio, falla cardíaca, apoplejía y enfermedades renales.

Los últimos datos de estudios observacionales en más de un millón de individuos indican que la muerte por enfermedad isquémica cardíaca (EIC) y enfermedad cerebrovascular (ECV) se incrementa progresivamente y en forma lineal desde los niveles de presión sanguínea tan bajos como una sistólica de 115mmHg y diastólica de 75mmHg. El riesgo incrementado se presenta en todos los grupos etareos desde los 40 a los 89 años. Por cada incremento de 20mmHg en la presión sistólica y de 10mmHg en la presión diastólica, se duplica la mortalidad por ECV. Estos análisis llevaron a un replanteamiento en la clasificación de la hipertensión arterial durante el último reporte del comité nacional de HTA en Estados Unidos, como veremos más adelante.

La tendencia actual es reevaluar esta cifra arbitraria, especialmente en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, o diabetes mellitus, ubicándola como ideal por debajo de 130/85/10. (8)

Presentación clínica

No hay síntomas específicos que sugieran hipertensión arterial. Ocasionalmente los pacientes refieren cefalea occipital o mareos, síntomas completamente irrelevantes y no específicos.

La hipertensión solo puede ser identificada después de tomada con los equipos convencionales. Hay tres razones para explicar su variación: métodos inadecuados de toma, variabilidad inherente por ritmos circadianos y tendencia al incremento de la presión arterial en presencia del médico (el llamado efecto de “bata blanca”). En la práctica clínica el “patrón de oro” es la medición hecha con el esfigmomanómetro de mercurio con la técnica auscultatoria de Korotkoff. Uno de los problemas actuales es que el mercurio está siendo prohibido en ciertos países y aun no hay certeza de qué lo va a reemplazar, aunque los equipos aneroides parecen ser los indicados. Para los propósitos

clínicos debe establecerse un umbral por encima del cual los pacientes deben ser tratados, aunque no hay otra justificación para esta separación tan rígida.

Hasta el momento los valores de la presión en el consultorio son tomados como los promedios o “verdaderos”, para definir una estrategia terapéutica, sin embargo la situación empieza a modificarse. Los avances recientes en la técnicas de medición de la presión arterial, particularmente el monitoreo ambulatorio, han comenzado a proveer la oportunidad de examinar el rol patológico de otras mediciones, como las anomalías en el ritmo diurno y la variabilidad a corto plazo.

El efecto de la bata blanca: es una de las principales razones para el auge de las determinaciones de la presión arterial por fuera del consultorio. El mecanismo subyacente no está bien establecido pero puede incluir ansiedad, respuesta alerta hiperactiva o una respuesta condicionada. Se ve en mayor o menor grado en todos los hipertensos y es poco frecuente en normotensos. (9)

Evaluación inicial del paciente hipertenso

Tiene cuatro objetivos mayores:

- Definir la severidad de la hipertensión incluyendo la presencia o ausencia de daño en órganos blancos.
- Determinar otros factores de riesgo cardiovascular;
- Evaluar pistas que sugieran causas secundarias de HTA y
- Confirmar que la hipertensión es sostenida repitiendo las mediciones en el consultorio y la casa.

Es indispensable, entonces, una historia clínica cuidadosa, examen físico completo, varias pruebas básicas de laboratorio y un electrocardiograma. Pistas para sospechar enfermedad secundaria: siempre debe sospecharse, especialmente en el caso de HTA acelerada o maligna. Las más importantes son:

Falla renal crónica: se descarta por la ausencia de proteinuria y niveles normales de creatinina.

Hipertensión renovascular: debe sospecharse si aparece la HTA en una persona mayor de 60 años, si se trata de un paciente menor de 12 años, incremento súbito y severo de la PA en un paciente previamente controlado, falla de triple terapia a dosis apropiadas y si hay soplo periumbilical con irradiación a flancos.

Exceso de esteroides adrenales: sospechar del aldosteronismo primario sin el potasio sérico es consistentemente menor de 3,5 mEq por litro en ausencia de diuréticos o de 3mEq por litro en presencia de diuréticos. Se debe sospechar del síndrome de Cushing en pacientes con obesidad abdominal, estrías purpúreas y química sanguínea alterada.

Coartación de aorta: puede identificarse por la presencia de un soplo rudo y cortó en el segundo espacio intercostal, ausencia o disminución de los pulsos femorales, marcas en la parte inferior de las costillas en la radiografía de tórax.

Feocromocitoma: sospecharlo cuando hay historia de palpitaciones, sudoración, cefalea, pérdida de peso e hipotensión ortostática. (10)

Aspectos específicos de la historia

Historia familiar: para determinar la urgencia del tratamiento es útil averiguar si hay una historia familiar fuerte de Hipertensión Arterial.

Síntomas generales: aunque se considera que los hipertensos son generalmente asintomáticos, los datos han demostrado mejoría en la sensación de bienestar cuando mejoran las cifras en hipertensos tratados, sugiere que los individuos hipertensos no viven tan libres de síntomas como siempre se ha creído.

AINE y otros medicamentos: debe averiguarse sobre su uso ya que pueden causar elevación de la presión arterial o agravar la HTA existente.

Entre los medicamentos han de tenerse en cuenta los siguientes: estrógenos a altas dosis, esteroides, antiinflamatorios no esteroideos, descongestionantes nasales, supresores del apetito, ciclosporina y antidepresivos tricíclicos. En algunos pacientes los inhibidores COX2 incrementan la presión arterial.

Alcohol y adicciones: el abuso crónico del alcohol predispone a la hipertensión por mecanismos desconocidos; este tipo de HTA no responde al tratamiento habitualmente. El uso de estimulantes como cocaína o anfetaminas puede incrementar súbitamente la presión arterial.

Historia del sueño: la apnea del sueño está comúnmente asociada a la hipertensión; debe sospecharse en pacientes obesos con patrón de sueño alterado. El ronquido es frecuente pero es mejor reportado por la esposa o los familiares, que por el mismo paciente. Hay somnolencia diurna y fatiga.

Examen físico

Presión arterial: en la primera visita es útil medir la PA en ambos brazos con la técnica estándar. Deben ser similares, aunque si hay un lapso de tiempo entre las dos mediciones pueden existir diferencias entre 5 y 10mmHg. Si la diferencia entre los brazos es mayor de 15 a 20mmHg en la sistólica puede haber una placa aterosclerótica en la circulación del brazo que registra una menor cifra de presión. Siempre debe usarse el brazo con el valor más alto para los controles clínicos.

Fondo de ojo: no es muy útil en la mayoría de pacientes con hipertensión leve, pero la presencia de cruces arteriales sugiere cronicidad de la HTA. Las hemorragias, exudados y el papiledema asociado a cifras altas de presión arterial, sugiere daño severo de órganos blanco y un pobre pronóstico a menos que se instaure una terapia rápidamente.

Examen cardíaco: los latidos ectópicos no son raros en pacientes hipertensos, especialmente si presentan hipertrofia ventricular izquierda. También puede encontrarse fibrilación auricular. Puede haber hallazgos físicos de cardiomegalia con impulso apical fuerte. El segundo ruido aórtico está

acentuado. Se encuentra cuarto ruido cuando hay crecimiento de la aurícula izquierda; si hay tercer ruido sugiere disfunción ventricular izquierda.

Pulsos periféricos: ayudan a evaluar enfermedad arterial periférica y a descartar coartación de aorta. Las carótidas también deben ser evaluadas para descartar soplos que indiquen placas ateroscleróticas a ese nivel.

Abdomen: es importante auscultarlo para descartar soplos que sugieran estenosis de arterias renales y palparlo para descartar masas como en la enfermedad poliquística renal. Las pulsaciones vigorosas de la aorta pueden ser normales en jóvenes, pero en ancianos sugieren un aneurisma de aorta abdominal.

Evaluación de laboratorio

Se deben realizar los siguientes exámenes citoquímico de orina, creatinina sérica, potasio, glicemia, ácido úrico, perfil de lípidos completo y además un electrocardiograma.

El electrocardiograma es útil para determinar la presencia o ausencia de arritmias, isquemia miocárdica, hipertrofia ventricular izquierda o una combinación de todos. La presencia de un bloqueo cardíaco sugiere precaución para utilizar betabloqueadores o calcioantagonistas no dihidropiridínicos.

Aunque un ecocardiograma es más sensible para detectar hipertrofia del VI que el electrocardiograma, es costoso y la información obtenida fuera de la masa miocárdica no es de gran importancia en el hipertenso promedio y recientemente diagnosticado. El ecocardiograma, la radiografía de tórax, la urografía excretora y la actividad de la renina plasmática no se recomiendan como procedimientos de rutina en la evaluación del paciente hipertenso. Estos test deben ser reservados para individuos con alta sospecha de enfermedad específica. (11)

Clasificación

Se clasifican los grados de Hipertensión arterial de acuerdo a la clasificación Europea para Hipertensión arterial:

CATEGORIA	SISTOLICA	DIASTOLICA
Optima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	100-109
Hipertensión grado 3	>=180	>=110
Hipertensión sistólica aislada	>=140	<90

Los grados 1,2 y 3 corresponden a la clasificación leve, moderada y grave respectivamente. (12)

Complicaciones de la hipertensión arterial sistémica

El alza de la presión sanguínea en forma sostenida y sin control terapéutico contribuye en forma importante al desarrollo de enfermedades cardiovasculares. De los pacientes con hipertensión arterial sistémica (HTA) no tratada, el 50% muere de enfermedad coronaria o falla cardíaca, cerca de un 33% lo hace por enfermedad cerebrovascular y entre un 10 a 15% por falla renal. (13)

Efectos cardiovasculares

La compensación cardíaca del exceso de carga de trabajo producida por el incremento de la presión arterial sistémica se logra al principio mediante la hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, caracterizada por el aumento del espesor de la pared ventricular. Al final, se deteriora la función de esta cámara y la cavidad se dilata, apareciendo los signos y síntomas de la insuficiencia cardíaca. También la HTA acelera la enfermedad coronaria y puede aparecer la angina de pecho como consecuencia de la combinación de esta y del aumento de las necesidades miocárdicas de oxígeno, debido al incremento de la masa miocárdica. En la exploración física del corazón observamos que está agrandado y muestra un prominente impulso ventricular izquierdo. Está acentuado el ruido de cierre de la válvula aórtica y puede haber un soplo débil de insuficiencia aórtica. En la cardiopatía hipertensiva aparece, frecuentemente, un tono presistólico (cuarto tono) y un protodiastólico ventricular (tercer tono) o ritmo de galope. Puede haber cambios electrocardiográficos de hipertrofia ventricular izquierda, pero en el electrocardiograma se subestima de forma sustancial la frecuencia de hipertrofia cardíaca en comparación con el ecocardiograma. En fases tardías puede haber datos de isquemia o infarto. La mayor parte de las muertes debidas a la hipertensión son consecuencia de infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca congestiva. (14)

Efectos en el sistema nervioso central

La HTA es el factor de riesgo más importante para la aparición de la enfermedad cerebrovascular. Los efectos sobre el sistema nervioso pueden dividirse en dos grupos: los que comprometen a la retina y al sistema nervioso central. Esto hace a la retina, a través del fondo de ojo, el único sitio en donde en forma directa se puede examinar el estado de las arterias y arteriolas, dando oportunidad de observar de forma muy fácil y simple lo que la clasificación de Keith-Wagener-Barker agrupa sobre el compromiso hipertensivo de los cambios de la retina y que es especialmente útil en el seguimiento, evolución y pronóstico de los pacientes con hipertensión. El aumento de la gravedad de la hipertensión es asociado con espasmo focal y estrechamiento general progresivo de las arteriolas que, posteriormente, será acompañada por hemorragias, exudados y el estadio final con edema de papila. Este tipo de lesión frecuentemente produce escotomas e incluso ceguera, en especial en aquellos casos en donde se ha producido edema de papila o hemorragia en la región macular. Estas lesiones hipertensivas suelen desarrollarse en forma aguda y al instaurar tratamiento se resuelven en forma rápida, es muy raro que estas lesiones remitan sin tratamiento. Es también frecuente la llamada disfunción del sistema nervioso central con síntomas como cefalea occipital de predominio matutino, vértigo, mareos, inestabilidad, tinitus, alteraciones visuales o síncope; sin embargo, las complicaciones más temidas son cuando existe oclusión vascular y /o hemorragia con la aparición de infarto o hemorragia cerebral. Aunque la patogenia del infarto es por

arteriosclerosis y enfermedad aterotrombótica, la hemorragia es debida al aumento de la presión arterial y el desarrollo de microaneurismas vasculares (aneurismas de Charcot-Bouchard).

Por último, la encefalopatía hipertensiva está compuesta por hipertensión grave, alteración de la conciencia, aumento de la presión intracraneal, retinopatía con edema de papila y convulsiones. (15)

Efectos sobre el riñón

En la hipertensión se producen lesiones vasculares renales de tipo arteriesclerótico en las arteriolas eferente y aferente y en las de los ovillos glomerulares. Estas lesiones causan disminución del filtrado glomerular produciendo proteinuria y hematuria microscópica.

Efectos sobre los vasos sanguíneos

En los vasos sanguíneos la hipertensión produce hipertrofia vascular.

Mecanismos de la hipertrofia vascular

El crecimiento de las células del músculo liso vascular es el resultado de múltiples estímulos que afectan de manera directa su evolución, entre ellos podemos enumerar: factores derivados del endotelio vascular, factores circulantes, factores autocrinos, factores derivados de las plaquetas, factores mecánicos y de cambios en la circunferencia del vaso sanguíneo.

La hipertrofia vascular, definida como el aumento del tamaño de la célula, así como la hiperplasia de las células del músculo liso vascular (CMLV) normalmente residente en la pared vascular, se observa en estados patológicos como la HTA y la aterosclerosis en las que existe una modulación fenotípica caracterizada por hipertrofia, hiperplasia, metabolismo lípido alterado, alteración de la expresión de receptores y aumento en los depósitos de la matriz extracelular. En adultos normales estas células del músculo liso vascular tienen un índice mitótico bajo (<5%), son heterogéneas y su población pertenece a una única línea de desarrollo. El endotelio vascular desempeña un papel importante como promotor del crecimiento de estas células a través de mecanismos de transducción modulados por señales químicas o hemodinámicas, que pueden disminuir o aumentar el “estatus” de crecimiento de estas células. (16)

Efectos sobre el endotelio

Disfunción endotelial hipertensiva

De forma general, se puede definir a la disfunción endotelial como a una serie de alteraciones que afectan la síntesis, la liberación, la difusión o degradación de los diversos factores derivados del endotelio. El endotelio es un órgano diana de la hipertensión ya que, como consecuencia de su localización anatómica, está expuesto a fuerzas mecánicas sanguíneas. El principal mecanismo inductor y mediador de la disfunción endotelial hipertensiva es la presión arterial elevada, responsable de un incremento de las fuerzas de roce sobre las células endoteliales vasculares. Ello puede dar lugar a modificaciones estructurales y/o funcionales que afectarían a la producción o a la liberación de los distintos factores vasoactivos, así como a la respuesta de dichos agentes. La disfunción endotelial se manifiesta como una reducida respuesta vasodilatadora dependiente del endotelio o mayor respuesta constrictora dependiente o independiente del endotelio, como

consecuencia de una alteración en la que el equilibrio entre factores vasodilatadores y vasoconstrictores se ha descompensado.

Dicho desequilibrio sería debido a una menor producción de agentes endoteliales vasodilatadores junto con una expresión de vasoconstrictores normal o incrementada, o bien, a una producción normal de vasodilatadores acompañada de una sobreexpresión de la acción vasoconstrictora. Todo ello conlleva a una elevación de las resistencias vasculares periféricas totales y al mantenimiento o agravamiento de la hipertensión arterial.

Aunque no sea el objetivo de este capítulo es importante descartar que la disfunción endotelial afecta otras funciones del endotelio y puede suponer una mayor interacción de las plaquetas y monocitos con la pared vascular y un aumento del crecimiento y migración de las células musculares lisas. (17)

Rigidez arterial e Hipertensión Arterial

La rigidez arterial está incrementada por dos mecanismos: el primero, es agudo, reversible y pasivo y está relacionado con la estructura de las fibras en la pared arterial normal. Los elementos que conforman la capa media de la pared, como son la capa de elastina y las fibras colágenas, pierden la propiedad elástica; es obvio que esta pérdida es diferente de acuerdo con las características del vaso arterial, por ejemplo, es diferente la aorta ascendente que un vaso arterial de la periferia. El comportamiento elástico de la arteria es mejor a bajas presiones (menos rigidez). El segundo es un mecanismo crónico e irreversible que acompaña la evolución y la edad de la HTA. Esta HTA crónica causa lo que ya Osler describió como una enfermedad difusa, tortuosa, dilatada y rígida, refiriéndose a lo encontrado en la aorta y grandes vasos. La capa media de estos vasos muestra una fractura y rotura de la capa elástica con engrosamiento y fraccionamiento de esas fibras. Como consecuencia de ello, existe un remodelamiento con la aparición de nuevas fibras colágenas y depósito de matriz intercelular e interlaminar. (18)

Disfunción sexual

La disfunción eréctil (DE) es común en sujetos con hipertensión arterial, especialmente, en hombres mayores, en un promedio a los 55 años según el Massachusetts Male Aging Study. Al revisar varios estudios, es posible encontrar en el 78% de los casos un factor etiológico orgánico. La disfunción sexual es frecuente en pacientes con hipertensión, pero también es frecuente encontrarla como resultado de la terapia antihipertensiva. En los hombres hipertensos la disfunción sexual puede estar presente de varias formas, como disminución de la actividad sexual (frecuencia), disminución para mantener la erección o problemas para la eyaculación. Desde 1967 al 2001, existen al menos 5 estudios que revisan la prevalencia de problemas sexuales en el individuo hombre hipertenso³⁶ con un rango que va desde el 7,6% al 44,2% en individuos sin tratamiento y del 9% al 57,9% en individuos con tratamiento. (19)

Tratamiento de la hipertensión Arterial

La presión sistólica es un predictor más fuerte de eventos cardiovasculares que la presión diastólica y la hipertensión sistólica aislada, que es común entre personas de más edad, es particularmente lesiva. Existe una relación continua y progresiva entre la presión arterial y el riesgo de enfermedad cardiovascular, además, el nivel y la duración de hipertensión y la presencia o ausencia de factores de riesgo cardiovascular coexistentes determinan las consecuencias. (20)

El tratamiento de la hipertensión reduce el riesgo de ACV, enfermedad de las arterias coronarias y la falla cardíaca congestiva, así como la morbilidad y mortalidad cardiovasculares totales. Sin embargo, solo un poco más del 50% de pacientes con hipertensión reciben tratamiento y tan solo el 28% tiene la presión arterial adecuadamente controlada. (21)

La meta fundamental del tratamiento de la hipertensión es prevenir la enfermedad y muerte cardiovasculares. Los factores de riesgo cardiovasculares coexistentes aumentan los riesgos asociados a la hipertensión y ameritan un tratamiento más intenso. El riesgo a cinco años de un evento cardiovascular en un hombre de 50 años con una presión arterial de 160/110mmHg es de 2,5 a 5,0%; este riesgo sube al doble si el paciente tiene un colesterol alto y se triplica si, además, es un fumador. (22)

Los pacientes con hipertensión estadio 1 pueden ser tratados solamente con modificaciones del estilo de vida hasta por un año, si ellos no tienen ningún otro factor de riesgo, o por seis meses, si tienen otros factores de riesgo. El tratamiento farmacológico se debe ordenar solamente si la presión permanece elevada después de ensayar las modificaciones del estilo vida. Tanto las modificaciones del estilo de vida como la terapia farmacológica se indican para los pacientes con enfermedad cardiovascular u otra forma de daño de órgano blanco (renal, cardíaco, cerebrovascular o retiniano) y para aquellos con estadio 2 ó 3 de hipertensión. Los pacientes con diabetes son un caso aparte y son de alto riesgo, en ellos la terapia farmacológica está indicada incluso si la presión arterial está en el nivel normal alto. (23)

INDICACIONES ESPECÍFICAS PARA USO DE AGENTES ANTIHIPERTENSIVOS, CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS (23)			
CLASE DE DROGA	INDICACION	CONTRAINDICACION	EFFECTOS SECUNDARIOS
DIURETICOS	Falla cardíaca, edad avanzada, hipertensión Sistólica	Gota	Hipocalemia, hipeuricemia, intolerancia a la glucosa, hipercalcemia, hiperlipidemia, hiponatremia, impotencia
BETABLOQUEADORES	Angina, falla cardíaca, infarto de	Asma, EPOC, bloqueo Cardíaco	Broncoespasmo, bradicardia, falla cardíaca,

	miocardio previo, taquiarritmias, Migraña		trastorno circulatorio periférico, insomnio, reducción en tolerancia al ejercicio, hipertrigliceridemia
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (IECA)	Falla cardíaca, disfunción ventricular izquierda, infarto previo, nefropatía diabética u otra, proteinuria	Embarazo, estenosis renal bilateral, hipercalcemia	Tos, angioedema, hipercalcemia, brote, pérdida del gusto, leucopenia
ANTAGONISTAS DE LOS CANALES DE CALCIO	Edad avanzada, hipertensión sistólica, uso de ciclosporina	Bloqueo cardíaco (verapamilo, diltiazem)	Cefalea, rubor facial, hiperplasia gingival, edema, agentes de corta acción pueden precipitar isquemia coronaria
BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II (ARA II)	Tos asociada a IECA, Nefropatía diabética u otra nefropatía o proteinuria, falla cardíaca	Embarazo, estenosis arterias renales bilateral, hipercalcemia	Angiodema (raro), hipercalcemia
BLOQUEADORES ALFA	Hipertrofia prostática	Hipotensión ortostática	Cefalea, resequead, fatiga, debilidad, hipotensión postural

Metas de tratamiento para la presión arterial

El riesgo de enfermedad cardiovascular es más alto en pacientes tratados

s con hipertensión que en personas con presión arterial normal, sugiriendo que las metas de tratamiento no han sido suficientemente bajas.

Reducciones mayores en la presión arterial han demostrado ser seguras y beneficiosas. En el ensayo clínico HOT (tratamiento óptimo de hipertensión), el riesgo de eventos cardiovasculares mayores fue el más bajo entre los pacientes cuya presión arterial se redujo a 138/82mmHg. (24)

Una reducción adicional en la presión arterial no disminuyó más el riesgo de eventos en pacientes no diabéticos, pero tampoco fue nocivo. Entre pacientes diabéticos, los índices más bajos de eventos cardiovasculares importantes y la muerte de cualquier causa cardiovascular fueron alcanzados con presiones arteriales más bajas. En pacientes mayores de 65 años, la morbilidad y la mortalidad por enfermedad cardiovascular se redujeron cuando la presión sistólica disminuyó por debajo de 160mmHg. No se sabe si los niveles por debajo de 140mmHg proporcionan protección adicional. (25)

La elección de las drogas antihipertensivas

La mayoría de drogas antihipertensivas reducen la presión arterial un 10 a 15%. La monoterapia es eficaz en cerca del 50% de los pacientes no seleccionados; aquellos con hipertensión estadio 2 a menudo necesitan más de una droga. Se han realizado pocos ensayos comparativos entre agentes antihipertensivos con suficiente poder para demostrar ventaja de una droga sobre otra; igualmente, existe variación individual en la respuesta a las drogas. Así, la elección de la terapia se basa en una evaluación combinada de varias características del paciente: condiciones coexistentes, edad, raza o grupo étnico, y de la respuesta a drogas usadas previamente, incluyendo la presencia o la ausencia de reacciones adversas. Un punto crítico es si una droga reduce la morbilidad y mortalidad cardiovasculares. Comparado con el placebo, los diuréticos y los betabloqueadores reducen el riesgo de ACV, de enfermedad coronaria y la mortalidad total de enfermedad cardiovascular en pacientes no seleccionados con hipertensión que no tienen enfermedad coronaria preexistente, diabetes, o proteinuria. (26)

Particularmente en la depresión del anciano resistente a tratamiento farmacológico. Es un tratamiento eficaz y seguro, siempre y cuando sea aplicado por un experto y en las condiciones requeridas para esta modalidad de tratamiento, cuyo efecto es también más rápido que el observado con fármacos, por lo cual también se recomienda en casos de riesgo suicida elevado. El TEC continúa siendo el tratamiento más efectivo para la depresión mayor, especialmente para la depresión psicótica.

En todos los casos, además del tratamiento somático o biológico, se aplicarán medidas psicosociales en paralelo, dirigidas a reforzar el logro de la resolución de la sintomatología depresiva: Mediante intervenciones tales como la psicoterapia cognitivo conductual, la psicoterapia interpersonal y/o de apoyo, así como el involucramiento de la familia, proporcionándole información sobre la naturaleza del padecimiento. Para favorecer la comprensión y apoyo necesario para el paciente. (39)

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Los problemas de salud mental adquieren una importancia especial, durante el envejecimiento. La depresión es uno de los tres problemas prioritarios, en esta área, seguido de las demencias y el consumo en exceso de alcohol y medicamentos. (27)

Es bien sabido que la depresión en el anciano es con frecuencia no detectada y por lo tanto, no tratada; siendo este un padecimiento potencialmente tratable. La presencia de sintomatología depresiva, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de quien la sufre, así como en aspectos relacionados con la morbilidad, esto último de manera particular en el anciano, debido a la frecuente comorbilidad de: trastornos médicos no psiquiátricos y su asociación con patología depresiva, presentes simultáneamente en una interacción compleja la cual dificulta su identificación. (28)

Otro elemento a considerar como responsable de la dificultad en el diagnóstico de depresión en el anciano, lo es la forma atípica de presentación clínica de los diferentes tipos de depresión en el paciente de edad avanzada. De lo hasta aquí expuesto, se desprende la necesidad de insistir sobre la difusión del conocimiento objetivo que sustente las habilidades requeridas para identificar y tratar adecuadamente la depresión en el anciano, quien se verá importante mente beneficiado de dicha intervención. (29)

Clasificación y Prevalencia

La depresión, no es una entidad clínica única, es decir tiene diferentes formas de presentación. En este punto es importante referirnos a ella dentro de un marco conceptual espectral, que iniciaría por hacer referencia a la depresión como una variante del humor caracterizado por un estado de abatimiento o tristeza, que bien puede ser, reactivo a eventos desafortunados y presentarse de manera transitoria y proporcional, sin ser un estado patológico. Asimismo puede presentarse como un síntoma aislado pero más persistente, acompañando a otras patologías, generalmente de naturaleza crónica.

En estudios donde se consideran todas las formas de depresión, en la población general de 60 años y más, la prevalencia global es del 15% al 25%. A diferencia de un 4-5% para el trastorno depresivo mayor. En cuanto a la prevalencia y su relación con el tipo de población, no es sorprendente, el hecho de que los ancianos que con menor frecuencia presentan sintomatología y trastornos depresivos, son aquellos estudiados en la comunidad, seguidos por los evaluados en un contexto médico, en el siguiente orden de menor a mayor prevalencia: consulta externa, hospitalización breve y por último los pacientes en institucionalización prolongada. Lo anteriores entendido en función de los diferentes factores de riesgo que caracterizan a cada uno de estos grupos de población. (30)

Etiología de la Depresión

Un factor, único no es el responsable de la aparición de los síntomas depresivos en la vejez. La fenomenología de los eventos depresivos en el paciente geriátrico requiere ser estudiada desde un punto de vista bio-psico-social. Durante la vejez se presentan diferentes eventos de tipo social, biológico y psicológico; que son protagonistas de dicho proceso y contribuyen en mayor o menor grado para que en un momento determinado el paciente presente sintomatología depresiva.

Es en esta época de la vida, cuando se presenta mayor número de pérdidas (amistades, cónyuge, trabajo, rol en la familia y en la sociedad), las cuales, antes de su aparición constituían para el paciente fuente de gratificación. Por tal razón, fenómenos como la jubilación, que se considera en la actualidad como sinónimo de minusvalía, y la consecuente pérdida de roles en el trabajo y en la familia, determinan que en los pacientes se activen mecanismos de adaptación, los cuales cuando no son eficientes, favorecerán una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad. El mayor o menor grado de adaptación ante estas pérdidas se da en función de los recursos con que cuenta el anciano, tanto de tipo personal, psicológico y económico, como social y familiar. (31)

La pérdida del estatus económico, se da como consecuencia de la jubilación y la falta de oportunidades para continuar en un ambiente de productividad. La pensión, representa un 30 a 50% de su ingreso previo, aunado a la inflación, favorecerán que sus necesidades básicas no puedan ser cubiertas en forma satisfactoria, situación que es generadora de frustración y síntomas depresivos. Es muy común que ante estos fenómenos, la respuesta del paciente sea hacia el aislamiento, estableciéndose una pobre interacción tanto con su familia, como con sus amistades y demás miembros de la sociedad.

El aspecto psicológico, como parte esencial en la dinámica de la depresión del paciente geriátrico, involucra el tipo de personalidad que el paciente haya desarrollado durante su vida previa. Las personas narcisistas y obsesivas, tienen un riesgo mayor de presentar síntomas depresivos durante la vejez. En general, las personas narcisistas están siempre atentas de obtener sus satisfactores a partir de bienes materiales, así como, el de buscar diferentes medios para mantenerla belleza física, la juventud y la salud. Es por ello, como se anotó previamente, que los cambios del envejecimiento, al ejercer su efecto en la apariencia física de las personas, encuentren en ellas pérdidas de belleza y juventud, por lo cual, al no lograr adaptarse adecuadamente a ello, favorecerán cuadros depresivos.

Se dice, por otro lado, que la gente con personalidad obsesiva, utiliza parte de su energía para modular ciertas reacciones de agresividad para evitar conflictos con los demás. Durante la vejez, al tener dificultad para modular estas reacciones y hacerlas manifiestas, favorecerán el alejamiento y la evitación de los demás, que de mantenerse permanentemente, conducirán al aislamiento.

Las sociedades industrializadas, generan en la actualidad una serie de eventos estresantes que el anciano generalmente no puede afrontar (guerras, violencia física, moral y espiritual, desvinculación de la familia, barreras arquitectónicas); y que determinarán en cierto momento, la evitación por parte del anciano, estableciéndose el confinamiento en su domicilio, poca interacción social y menor accesibilidad a recursos que pudieran ser fuente de satisfacción. (32)

Los cambios biológicos que suceden en esta época de la vida, contribuyen en forma crucial para el establecimiento de síntomas depresivos. Al respecto deben tenerse presentes que los cambios neurológicos debidos al envejecimiento, como: una menor población neuronal, disminución en la síntesis de neurotransmisores y sus receptores, además del daño estructural al SNC como consecuencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial sistémica. Favorecen cambios en la función cerebral que pueden asociarse a los trastornos afectivos. Es por ello que pacientes con antecedente de EVC, que afecte sobre todo el hemisferio izquierdo, tendrán mayor

riesgo de presentar depresión. Por otro lado, cambios estructurales más sutiles (microinfartos, degeneración de la sustancia blanca, degeneración de ganglios basales) contribuyen para el establecimiento de trastornos cognitivos, los cuales, si no son suficientemente compensados debido a una baja reserva neuronal, tendrán un efecto negativo en la funcionalidad del paciente y por lo tanto en la esfera afectiva.

De hecho, los pacientes con deterioro cognitivo avanzado, tendrán siempre un riesgo alto y constante de presentar síntomas depresivos, que pudieran no ser identificados por los cuidadores o la familia por la inherente dificultad del paciente para expresarlo.

Como ya se anotó anteriormente, una de las características del envejecimiento neurológico está dada por una disminución en el número de neuronas, que en condiciones normales, no afecta la capacidad de síntesis de los neurotransmisores, gracias a los fenómenos de adaptación que ejercen las células que aún están intactas, supliendo las funciones de las ya perdidas. Recientemente se ha prestado especial atención al papel de la serotonina, en la depresión y ha sido base para el desarrollo de nuevas modalidades terapéuticas. Sin embargo, en muchas ocasiones, algunos eventos que resultan altamente estresantes para el anciano no pueden ser afrontados adecuadamente, al ser éstos superiores a dicha reserva neuronal, se incrementa el riesgo de presentar síntomas depresivos.

En las mujeres, los cambios hormonales que caracterizan a la menopausia (hipoestrogenismo), favorecen la presencia de sintomatología depresiva, y se ha observado que la sustitución hormonal en esta época, de la vida, ejerce ciertos efectos biológicos que pudieran revertir algunos síntomas depresivos y cognoscitivos.

Si analizamos los fenómenos sociales psicológicos y biológicos que interactúan en forma dinámica en un individuo, podremos entender mejor las causas que contribuyen a la presentación de sintomatología depresiva en el anciano, dichas causas son múltiples y variadas. (33)

Cuadro Clínico y diagnóstico

La depresión en el anciano puede manifestarse en todas las variantes, en que ésta se presenta en adultos más jóvenes, pero además puede verse matizada por características particulares propias de este grupo de edad, como lo son la tendencia a la somatización y la presentación de alteraciones en la cognición, Otro elemento a considerar es la presencia de patologías crónicas, y con frecuencia incapacitantes, que pueden confundirse con trastornos depresivos o coexistir con ellos.

En el anciano el síndrome depresivo se acompaña con frecuencia de síntomas somáticos diversos, tales como: cefaleas, lumbalgias, sintomatología digestiva y urinaria, entre otras manifestaciones. También, es frecuente la presentación de sintomatología cognoscitiva, principalmente problemas de atención y memoria. Se presentan otros elementos que forman parte de un cortejo sintomático tales como: astenia, adinamia, alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia), del apetito (anorexia o hiperfagia), retardo a agitación psicomotora, pesimismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, deseos de muerte y en ocasiones ideación suicida. (34)

Dada la elevada frecuencia de sintomatología depresiva en los adultos mayores, es recomendable practicar de manera rutinaria, en toda evaluación médica integral una exploración a nivel de tamizaje del estado afectivo. En aquellos en quienes se sospeche la presencia de un trastorno depresivo, se interrogará positivamente sobre los síntomas integrantes del síndrome depresivo

La evaluación del estado mental, es también obligada, para todos los pacientes geriátricos y en el caso de sospecha de depresión, debe prestarse especial atención al examen mental del paciente y tener en mente la posibilidad de una demencia incipiente, pues es sabido que en las etapas tempranas de la demencia puede presentarse sintomatología depresiva, como: descuido del aliño personal, alteraciones del sueño y el apetito, así como problemas de la atención y la memoria; manifestaciones todas ellas comunes a la depresión. También es importante considerar la posibilidad de que coexistan la demencia y un estado depresivo". Otro grupo de síntomas que con relativa frecuencia acompañan a la depresión y puedan dar lugar a diagnósticos y dificultades de manejo, lo son los síntomas psicóticos, que pueden estar presentes con depresiones severas. Los delirios de ruina o pobreza, de culpa (que sus órganos internos están sufriendo un proceso de putrefacción), son el tipo de delirios que acompañan a la depresión psicótica del anciano. En estos casos, en ocasiones es necesario considerar el diagnóstico diferencial con la esquizofrenia de inicio tardío.

La Historia Clínica del paciente con sospecha de depresión deberá incluir un interrogatorio y exploración completos, con énfasis en algunos aspectos, como parte de los antecedentes y del padecimiento actual respectivamente.

La evaluación debe incluir la investigación de toma de medicamentos, que pudieran tener como efectos secundarios síntomas depresivos y que en los ancianos la polifarmacia es frecuente. De éstos deben buscarse antecedentes en la ingesta de depresores del sistema nervioso como el alcohol (el alcoholismo es frecuente en esta época de la vida), el consumo de benzodiazepinas que se utilizan como hipnóticos para los trastornos del sueño (recordar que el insomnio forma parte del cortejo sintomático de la depresión), preparados con L-dopa para el tratamiento del Parkinson, betabloqueadores y anticolinérgicos, entre otros.

Finalmente, la valoración funcional del anciano, además de los aspectos afectivos, debe incluir el de estado de salud, ya que es muy frecuente que problemas de tipo crónico-degenerativos contribuyan a los síntomas de depresión y que en varias ocasiones son susceptibles de tratamiento, como consecuencia del manejo del trastorno primario, hay también mejoría de la depresión.

Los exámenes de laboratorio y gabinete, básicos recomendables para la evaluación del paciente deprimido, de acuerdo en cada caso en particular deberán solicitarse los estudios complementarios necesarios, con base en los hallazgos o sospechas clínicas. No existe hasta la fecha un marcador biológico, diagnóstico de depresión en el anciano, Un marcador adecuado tendría que contemplar idealmente: los efectos de la edad, los subtipos potenciales de depresión, la edad de inicio y discriminar adecuadamente la depresión de otros síndromes. (35)

Evaluación del paciente con depresión

La evaluación del paciente con depresión, en términos de sistematización, identificación y cuantificación de los síntomas depresivos, ofrece ciertas dificultades en la vejez, pues los efectos del aislamiento y la poca interacción con la familia, hacen que dichos síntomas no sean percibidos, O bien, tanto el paciente como la familia, pudieran considerar que éstos síntomas podrían corresponder a cambios propios del envejecimiento. Ya se ha señalado, que en geriatría, la evaluación global del anciano debe abarcar la esfera de la afectividad, pues se considera que ésta es un componente tan importante como lo son otras áreas tales como: las actividades de la vida diaria, la cognición, la marcha y balanceo. Con esta finalidad, se han diseñados diferentes instrumentos de evaluación, para apoyar, guiar, sistematizar y cuantificar, dichas evaluaciones. Baste citar como ejemplo, la obra de la Dra. Israel" que data desde 1984 y revisa extensamente 245 instrumentos.

Las escalas o instrumentos de medición deben poseer como características esenciales: validez y confiabilidad. Cuando va a seleccionarse algún instrumento debe considerarse, además del objetivo propuesto, su validez, especificidad, sensibilidad y confiabilidad. El término de sensibilidad se refiere a la capacidad del instrumento para diferenciar los casos (de depresión), de los que no lo son, La especificidad se refiere a la capacidad que tiene el instrumento para diferenciar los "no casos", (de depresión) de los que sí lo son, dicho en otras palabras en el porcentaje de pacientes con depresión (o con la enfermedad) quienes tuvieron una calificación positiva para el instrumento de detección. Es importante que el instrumento escogido haya sido validado en diferentes poblaciones para poder contar con la característica de universalidad. (36)

De acuerdo a los objetivos del clínico, existen instrumentos que son útiles como ayuda para el diagnóstico de depresión, otros serán útiles para determinar la severidad de la depresión o bien para evaluar la respuesta al tratamiento que, se haya implementado. El instrumento que mejor ha probado su utilidad la detección de depresión en el anciano es el denominado: Escala de Depresión Geriátrica (su siglas en inglés: GDS, en español: EDG), el cual fue inicialmente diseñado a partir de 100 reactivos, los cuales después de analizar su correlación, 30 de ellos se correlacionaron más significativamente con el diagnóstico depresión.

Este instrumento ya ha sido validado en nuestra población y actualmente existe una versión en español que permite su aplicación. Tiene la gran ventaja de que puede ser autoadministrado, es decir, no se requiere que el médico o el trabajador de salud, lo apliquen.

Los puntos de corte que se han establecido para el GDS son: de 0 a 10 en donde se considera que la persona no tiene riesgo de depresión, de 11 a 14 se considera que tiene una depresión leve, cuando es de 15 a 20 se considera que la depresión es moderada y cuando la calificación es de 21 a 30 se considera que el individuo tiene una depresión severa. Para este instrumento se ha propuesto una versión corta para facilitar su aplicación.

Otros instrumentos de evaluación que se han utilizado, son el de Zung, que también sirve en el tamizaje de los pacientes con riesgo de depresión y puede ser autoadministrado; la escala de depresión de Hamilton, muy utilizada en países europeos, se aplica en los casos de depresión ya diagnosticada, para establecer la severidad de la misma. Este instrumento no se recomienda como apoyo en la búsqueda de casos de depresión, ya que los síntomas generales de algunas enfermedades pueden sesgar los resultados, pues incluye síntomas somáticos.

Un problema especial en geriatría es que los pacientes con demencia, tienen un riesgo elevado de presentar depresión, sin embargo, en muchas ocasiones, su avanzado deterioro cognitivo no permite la identificación de los síntomas depresivos, por lo que este diagnóstico se puede dificultar. Ante esta situación se cuenta con una escala de depresión que se conoce como escala de Cornell, la cual generalmente es aplicada por el médico. A la familia o cuidador primario que más convive con el paciente, para determinar si ciertos cambios en su conducta son debidos o no a depresión. (37)

Tratamiento

Ya ha sido señalada la necesidad de un abordaje integral biopsicosocial, en el entendimiento etiológico de la depresión; de la misma manera el tratamiento deberá proporcionarse con esta misma perspectiva. Lo cual implica intervenciones también integrales, multidimensionales e idealmente interdisciplinarias. La intervención a nivel biológico, para revertir la sintomatología depresiva primaria, se implementa mediante tratamientos somáticos antidepresivos los cuales pueden ser de dos modalidades: farmacológico y no farmacológico representados respectivamente, por los antidepresivos (ATD) y en el segundo grupo el tratamiento electroconvulsivo (TEC).

Para el tratamiento farmacológico, en el caso de los ancianos debe tenerse en consideración, como parte de las modificaciones sufridas durante la vejez, los cambios en la farmacocinética y farmacodinamia, que determinarán, incremento en las vidas medias de muchos fármacos, entre ellos los antidepresivos, así como interacciones que potencialicen o antagonicen sus efectos.

El término farmacocinética, se refiere a los procesos de absorción, distribución, metabolismo y excreción de los medicamentos. Los cuales están en parte determinados por el individuo y sus características particulares. En términos generales, en el anciano, la absorción no se encuentra alterada comparada con la de personas más jóvenes, siempre y cuando se mantenga la integridad del tubo digestivo, ya que cuando éste se ha modificado por resecciones quirúrgicas, o bien el uso de fármacos que disminuyen la capacidad de absorción del tubo digestivo, se tendrá menos disponibilidad del fármaco en sangre.

La distribución de los antidepresivos, como de algunos otros psicofármacos será más amplia, debido " que por sus características fisicoquímicas, son altamente liposolubles, por lo tanto, el anciano al incrementar y redistribuir su tejido graso, los fármacos en cuestión tendrán una distribución más amplia. En este punto deben considerarse también los niveles de: albúmina, que es la proteína transportadora por excelencia, ya que es relativamente frecuente encontrar en el anciano niveles bajos de albúmina, lo que permitirá una mayor fracción libre de medicamento, y un mayor riesgo para presentar estados tóxicos y efectos secundarios. (39)

El metabolismo de los antidepresivos se lleva a cabo en el hígado, y a menos de que exista una enfermedad hepática ya establecida, la velocidad de este proceso no se modificará de manera importante. Los antidepresivos en su mayoría requieren inicialmente de reacciones de tipo oxidativo para poder ser excretados por riñón. En dicho proceso oxidativo interviene una familia

de enzimas que se conocen como citocromos, entre ellos el citocromo P450, que puede ser inhibido por algunos antidepresivos de reciente aparición, pertenecientes a la familia de los inhibidores de la recaptura de serotonina.

Este hecho debe tenerse en consideración en los casos en que el paciente tome otros medicamentos, que para su metabolismo requieren la participación de estas enzimas, ya que sus vidas medias podrán incrementarse. En cuanto a la excreción, esta se lleva a cabo principalmente a nivel renal, por lo que hay que recordar que una característica inherente a los ancianos, lo es una disminución en la filtración glomerular, que podrá también incrementar el riesgo de efectos adversos de los medicamentos.

La polifarmacia, frecuente en los ancianos, puede favorecer la potencialización de algunos fármacos, al verse desplazados por los antidepresivos que compiten por los mismos acarreadores, tal es el caso de los antihipertensivos, los hipoglucemiantes orales y los anticoagulantes orales, de los cuales de darse simultáneamente con ATD, deberá ajustarse su dosis.

El término de farmacodinamia se refiere a los efectos que los medicamentos ejercen al interaccionar con sus sitios de acción. Como los antidepresivos ejercen sus efectos principalmente a nivel de receptores de los neurotransmisores, sus efectos estarán supeditados a la disponibilidad de los mismos, su número y los sistemas enzimáticos que determinan la velocidad de destrucción de los neurotransmisores.

Estas características de la farmacodinamia y farmacocinética, hacen que en el anciano se prefieran utilizar dosis menor de medicamento, a las utilizadas en los jóvenes y que la misma deberá ajustarse de acuerdo a la respuesta terapéutica y tolerancia individuales. Otro aspecto importante que debe considerarse en el tratamiento de la depresión en los ancianos, es que el medicamento a elegir sea el más seguro y el mejor tolerado (que tenga pocos efectos secundarios). Actualmente la terapia farmacológica para la depresión contamos con una amplia gama que incluye: a los antidepresivos tricíclicos, (ATDT) los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), los inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO) y el litio (Li).

Los antidepresivos tricíclicos (ATDT), cuya eficacia en depresión severa ha sido probada, tienen el inconveniente, en los ancianos de presentar frecuentes efectos secundarios por su actividad anticolinérgica. Entre estos deben tenerse presente: la sedación, trastornos de la memoria, hipotensión ortostática, sequedad de boca, constipación (que puede favorecer impactación fecal), retención aguda de orina (lo cual ya es frecuente de por sí en pacientes con antecedentes de prostatismo), arritmias cardíacas (más comunes en pacientes con cardiopatía preestablecida), bloqueos auriculoventriculares y disminuye el umbral epileptógeno en personas con daño estructural previo del SNC. De este grupo un ejemplo son: la Amitriptilina y la Imipramina, los cuales, cuando no existan contraindicaciones para su uso son muy efectivos para el tratamiento de la depresión.

El grupo de antidepresivos conocidos como inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), tiene un amplio margen de seguridad y tolerancia, sin los efectos anticolinérgicos del grupo anterior y con una dosificación y administración sencillas para el paciente. Su mecanismo de acción se ejerce al inhibirla recaptura de la serotonina en el espacio sináptico por parte de la

neurona presináptica, dejando disponible al neurotransmisor por más tiempo, para los receptores postsinápticos correspondientes.

En este grupo se encuentran la Paroxetina, la Fluoxetina la Sertralina y el Citalopam cuya dosis habitual es de 20 mg diarios. En algunos casos es efectiva la mitad de la dosis. En general ejercen un efecto energizante en el paciente por lo que se recomienda su toma por las mañanas. En el caso de los ISRS, deberá tenerse en cuenta la posibilidad de que se presente el síndrome serotoninérgico, como consecuencia de una sobre actividad de la serotonina. Este cuadro se caracteriza por la presencia de dolor abdominal intenso, náuseas y vómitos y en casos extremos riesgo de colapso vascular.

La Mianserina y la Trazadona se consideran antidepresivos atípicos, pueden tener cierto efecto anticolinérgico pero en menor grado que los antidepresivos tricíclicos y siempre dependiente de la dosis administrada. Se utilizan en el tratamiento de la depresión asociada a insomnio, por el efecto sedante que ejercen, por lo que se recomienda su uso por la noche. En el mercado, estas sales se encuentran en presentaciones de 50 y 100mg para la Trazodona; y de 30 y 60 mg para la Mianserina, recomendándose iniciar con dosis bajas y ajustarse de acuerdo a la respuesta terapéutica.

En general para los antidepresivos se sugiere evaluar el tratamiento en las primeras 4 a 6 semanas, antes de decidir cambiar de producto y en ocasiones se puede extender este período de observación hasta 8 semanas.

Los inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAOs) ejercen su efecto terapéutico al inhibir la enzima encargada de degradar los neurotransmisores adrenérgicos, principalmente noradrenalina, por lo que no deberán asociarse a los antidepresivos previamente descritos (ATDT, ISRS, Mianserina y Trazadona) pues se corre el riesgo de efectos adversos a dosis terapéuticas habituales. No se recomienda su uso cuando no se tenga experiencia en su manejo, especialmente si se trata de IMAOs irreversibles, con los cuales sus contraindicaciones y restricciones dietéticas son más estrictas debido a sus potenciales efectos secundarios y a sus interacciones. Sin embargo, en México actualmente sólo contamos en un IMAO reversible (el moclobemide).

El tratamiento electroconvulsivo (TEC) sigue siendo hoy en día una buena opción terapéutica. Particularmente en la depresión del anciano resistente a tratamiento farmacológico. Es un tratamiento eficaz y seguro, siempre y cuando sea aplicado por un experto y en las condiciones requeridas para esta modalidad de tratamiento, cuyo efecto es también más rápido que el observado con fármacos, por lo cual también se recomienda en casos de riesgo suicida elevado. El TEC continúa siendo el tratamiento más efectivo para la depresión mayor, especialmente para la depresión psicótica.

En todos los casos, además del tratamiento somático o biológico, se aplicarán medidas psicosociales en paralelo, dirigidas a reforzar el logro de la resolución de la sintomatología depresiva: Mediante intervenciones tales como la psicoterapia cognitivo conductual, la psicoterapia interpersonal y/o de apoyo, así como el involucramiento de la familia, proporcionándole información sobre la naturaleza del padecimiento. Para favorecer la comprensión y apoyo necesario para el paciente. (39)

HIPERTENSIÓN Y DEPRESIÓN

En los últimos 25 años, no se había estudiado la influencia de la depresión en el aumento de la tensión arterial de los pacientes. Existe poca información sobre la relación de hipertensión y depresión ya que por ser una enfermedad crónica se da por hecho que el paciente hipertenso va a tener cierto grado de depresión.

En las enfermedades cardiovasculares los efectos de los factores psicosociales y conductuales han motivado una considerable atención y han sido un objetivo primario de la investigación en los últimos veinte años. El papel de los estados afectivos sobre la mortalidad y morbilidad cardiovascular están teniendo gran interés. Dos tipos de mecanismos han sido sugeridos para relacionar depresión con mortalidad, por un lado el conductual (dificultades del paciente deprimido para cumplir el tratamiento y modificar factores de riesgo) y por otro lado factores fisiopatológicos asociados con la depresión (alteraciones del equilibrio simpático-parasimpático). (40)

En función de los distintos estudios la prevalencia global de depresión en el paciente con patología médica se ha estimado en alrededor del 20%, con un 3-7 % en la comunidad y entre el 18 y el 60% en pacientes graves hospitalizados por enfermedad cardiovascular. La variabilidad de estas estimaciones puede ser debida al hecho de que síntomas como fatiga y humor disfórico, que con frecuencia son considerados como sinónimos de depresión, están también presentes en pacientes con enfermedades médicas. Dentro de las enfermedades o causas cardiovasculares se puede mencionar a la hipertensión arterial, que generalmente es una patología crónica caracterizada por una persistente presión arterial alta con valores de tensión arterial sistólica mayores a 140 mm Hg y tensión arterial diastólica mayores a 90 mm Hg. (41)

La hipertensión arterial puede ser un síntoma de un desorden subyacente o comenzar siendo una enfermedad por sí misma. Los Estudios epidemiológicos sostienen que afecta al 30% de la población, aumentando el riesgo de padecerla con el aumento de la edad. Desde el año 1898 datan estudios en donde ya se había observado la asociación entre depresión e hipertensión, reportando que la hipertensión arterial (HTA) aumentaba durante los episodios de depresión y retornaba a sus valores con la remisión de los síntomas depresivos. Estos hallazgos fueron investigados en estudios posteriores. (42)

Numerosos estudios han examinado que los disturbios emocionales pueden conducir a un incremento de la Tensión Arterial, entre ellos se destacan la ira, la ansiedad, el estrés y el tipo de personalidad, pero sin embargo la depresión no ha sido foco de estudio, salvo como un efecto adverso de las drogas antihipertensivas (43). Otros estudios que muestran la asociación de depresión con HTA relatan que han sido reportados un rango de síntomas depresivos que van del 15 al 62%. (44)

La depresión es más prevalente en sujetos con HTA y los pacientes con enfermedad cardiovascular pueden presentar síntomas depresivos, por lo que se ha apreciado que un gran porcentaje de pacientes adultos que tienen depresión también presentaban una enfermedad vascular. (45)

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG)

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico. (46)

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. Con posterioridad, otros autores han presentado versiones aun más abreviadas. (47)

En nuestro país, Perlado F. (1987) realizó una primera traducción al castellano de la versión de 30 ítems, siendo Gonzalez F. (1988) quien realiza los primeros estudios de validación, pero introdujo modificaciones sustanciales que desnaturalizaban la versión original (la redujo a 20 ítems y transformó la escala de respuesta). Una segunda adaptación al castellano fue validada por Ramos-Brieva y cols (1991) y Salamero y cols (1995). (48)

De la versión de 15 ítems existen múltiples traducciones y en fecha reciente Aguado C y cols (2000) han presentado un primer avance de su estudio de adaptación y validación. (49)

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación autoadministrada. (50)

Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.

INTERPRETACION

Cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 ó 0-15, según la versión.

Para la versión de 30 ítems los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son los siguientes (51)

No depresión	0-9 puntos
Depresión moderada	10-19 puntos
Depresión severa	20-30 puntos

Para la versión de 15 items se aceptan los siguientes puntos de corte:

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión. Sin embargo, son necesarios más estudios para adaptar la escala y sus puntos de corte a nuestro medio, con especial referencia a las versiones reducidas. (52)

PROPIEDADES PSICOMETRICAS

Para la versión de 30 items los índices psicométricos establecidos son buenos, con una elevada consistencia interna, elevados índices de correlación con otras escalas como las de Hamilton y Zung, y buena validez predictiva (sensibilidad 84 %, especificidad 95 %, para un punto de corte ≥ 15 ; y del 100 % y 80 %, respectivamente, para un punto de corte ≥ 11), datos estos confirmados en los estudios realizados en nuestro medio. (53)

La versión de 15 items tiene un alto grado de correlación con la versión de 30 items y similar validez predictiva, con una sensibilidad entre el 80 y el 90 % y una especificidad algo menor, entre el 70 y el 80 % , para el punto de corte ≥ 6 ; puntos de corte más altos (≥ 10), mejoran la especificidad con una sensible reducción de la sensibilidad (92 % y 72 %, respectivamente, en el estudio de Emerson L.) . (54)

En los estudios realizados en nuestro país, la versión de 15 items ha demostrado una fiabilidad inter e intraobservador muy alta, con una validez predictiva similar a la referida: sensibilidad del 80 % y especificidad del 75 % para el punto de corte ≥ 5 . El aumento del punto de corte produjo, en estos estudios, un pequeño aumento de la especificidad con una pérdida notoria de sensibilidad (por ej., para un punto corte ≥ 6 , la sensibilidad fue del 68 % y la especificidad del 83 %). (55)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es uno de los padecimientos psicogerítricos más frecuentes y en México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años.

La prevalencia global de depresión en el paciente con patología médica se ha estimado en alrededor del 20%, con un 3-7 % en la comunidad y entre el 18 y el 60% en pacientes graves hospitalizados por enfermedad cardiovascular. (56)

La relación entre la depresión y la enfermedad cardiovascular ha sido establecida desde hace mucho tiempo; en años recientes el avance en el conocimiento de la fisiopatología de la depresión ha permitido conocer posibles ligas involucradas. (57)

Actualmente sabemos que la depresión puede impactar en la morbimortalidad cardiovascular a través de afectar la función cardíaca, plaquetaria y la inflamación vascular. En los países desarrollados, la causa número uno de morbimortalidad en sujetos adultos corresponde a la enfermedad cardiovascular, mientras que la segunda causa más importante de discapacidad a nivel mundial corresponde a los trastornos depresivos que incluyen la depresión. (58)

En atención primaria existe subdiagnóstico y retraso en la identificación de la depresión, por lo que, desde el inicio del tratamiento, impacta negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios. Es frecuente que el médico de atención primaria considere como "causa" de la depresión las quejas de la vida cotidiana, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros; por lo tanto la considera "justificada" y evita proporcionar tratamiento, cuando en realidad esta incapacidad suele ser ocasionada por la misma depresión. (59)

Numerosos estudios han examinado que los disturbios emocionales pueden conducir a un incremento de la Tensión Arterial, entre ellos se destacan la ira, la ansiedad, el estrés y el tipo de personalidad, sin embargo la depresión no ha sido foco de estudio, salvo como un efecto adverso de las drogas antihipertensivas. Otros estudios que muestran la asociación de depresión con HTA relatan que han sido reportados un rango de síntomas depresivos que van del 15 al 62%. (60)

Varios estudios han relacionado la presencia de depresión en pacientes con Hipertensión Arterial, especialmente, en los de edad avanzada lo que ha generado la hipótesis de la depresión vascular (causada por la Hipertensión Arterial o por otros factores de riesgo cardiovascular tradicionales). Sin embargo, la evidencia de esta relación es este sentido es limitada. Por el contrario, existe evidencia suficiente de que la depresión es un factor de riesgo vascular. (61)

Corresponde al médico familiar identificar los factores de riesgo para reducir la morbimortalidad, tomando en cuenta que el padecimiento afecta también la dinámica familiar o que esta puede condicionar a un mal control de este problema de salud por la amenaza que constituye la enfermedad para el paciente, lo que repercute en su entorno familiar y social por lo que se debe evaluar al paciente en forma integral para identificar oportunamente si cursa con algún nivel de depresión y así poder otorgarle tratamiento y atención oportuna para así poder evitar complicaciones.

Por lo anterior nos preguntamos: ¿Existe relación entre la presencia de Depresión en el adulto mayor hipertenso y el grado de control de la Tensión Arterial en pacientes adscritos a la UMF 248?

JUSTIFICACIÓN

La depresión es el trastorno mental más prevalente en las personas mayores. Diversos estudios epidemiológicos muestran prevalencias de depresión en personas mayores de 65 años que van del 17% al 31%. La mayoría de las personas mayores que presentan clínicamente síntomas de trastornos del estado del ánimo no acuden a consultas especializadas de psiquiatría, sino que acuden a las consultas de atención primaria.

La depresión se asocia a un aumento de la mortalidad y morbilidad, a un peor estado funcional y un menor bienestar. Varios estudios han relacionado la presencia de depresión en pacientes con Hipertensión Arterial, especialmente, en los de edad avanzada. Lo que ha generado la hipótesis de la depresión vascular (causada por la Hipertensión Arterial o por otros factores de riesgo cardiovascular tradicionales). Sin embargo, la evidencia de esta relación en este sentido es limitada. Por el contrario, existe evidencia suficiente de que la depresión es un factor de riesgo vascular.

Es importante realizar un diagnóstico adecuado de esta enfermedad, ya que es un proceso tratable; pero con frecuencia pasa desapercibido y queda sin diagnosticar y consecuentemente sin tratar. Existen estudios que apuntan que los médicos de atención primaria no diagnostican del 50 al 75% de los pacientes que sufren diversos trastornos mentales comunes como la depresión

Si bien la Hipertensión Arterial ha sido asociada con distintos factores psicológicos, incluyendo a la depresión, la incidencia entre Hipertensión Arterial y síntomas depresivos no ha sido adecuadamente examinada.

Por lo que es importante investigar la relación que existe entre depresión en el adulto mayor hipertenso y el grado de control de la tensión arterial debido a lo que implica en cuanto a complicaciones por el mal control de la enfermedad así como el impacto económico y familiar.

HIPOTESIS

Por ser un estudio descriptivo analítico puede o no requerir de hipótesis.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la presencia de depresión en el adulto mayor hipertenso y el grado de control de la Tensión Arterial en pacientes adscritos a la UMF 248 en el periodo de agosto a octubre de 2012

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el grado de depresión del adulto mayor hipertenso.
- Determinar el grado de control de la tensión arterial del adulto mayor hipertenso.
- Determinar el grado de depresión del adulto mayor hipertenso con relación al género.
- Determinar el grado de depresión del adulto mayor hipertenso con relación a la edad.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio

Observacional
Analítico
Descriptivo
Transversal
Prospectivo

Población, lugar y tiempo

Hombres y mujeres adultos mayores hipertensos adscritos a la UMF 248 del IMSS San Mateo Atenco, en el periodo comprendido de agosto a octubre 2012.

Universo de trabajo

Adultos mayores hipertensos que acudan a la consulta en el periodo de Agosto a Octubre 2012.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico

TAMAÑO DE MUESTRA

Pacientes adultos mayores hipertensos adscritos a la UMF 248 que acudan a consulta de medicina familiar en el periodo comprendido de Agosto a Octubre 2012 la totalidad de adultos mayores hipertensos corresponde a 1825 pacientes de los cuales se obtendrá una muestra proporcional con la siguiente formula si la población es finita:

$$n = \frac{N \times Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \cdot q}$$

n= muestra

N= universo

Z²= nivel de confianza

p= probabilidad a favor

q= probabilidad en contra

d²= precisión 3%

$$n = \frac{1825 \times 3.8416 \cdot 0.95 \cdot 0.05}{0.032 \times (1825-1) + 1.962 \times 0.95 \times 0.05}$$

$$n = \frac{333.0187}{0.0009 (1824) + 3.8416 \times 0.0475}$$

$$n = \frac{333.0187}{1.6416 + 0.182476}$$

$$n = \frac{333.0187}{1.824076}$$

$$n = 180$$

Muestra de 180 pacientes es el resultado obtenido al aplicar esta fórmula en los 1825 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial adultos mayores adscritos a la unidad de medicina familiar 248 San Mateo Atenco y que representa el número de cuestionarios por aplicar.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 60 años en adelante de ambos sexos de la UMF 248.
- Adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes con demencia.

Operacionalización de las variables

VARIABLE	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición	Indicador
Adulto mayor Hipertenso	Aquellas personas mayores de 60 años (INEGI) hipertensas, cuyas cifras tensionales sean mayores a 139/89	Toda persona mayor de 60 años que acuda a consulta y que haya sido diagnosticada como hipertensa	Cuantitativa	60-64 años 65-69 años 70-74 años 75-79 años 80-84 años 85-89 años
Depresión	Enfermedad mental caracterizada por la ausencia de afecto positivo, aplanamiento afectivo y un espectro de síntomas cognitivos, emocionales, físicos y conductuales; destaca la pérdida de interés por las actividades y experiencias de la vida diaria	Paciente en quien se haya detectado algún grado de depresión mediante la Escala de depresión geriátrica de Yesavage	Nominal Ordinal	No depresión 0-9 puntos Depresión moderada 10-19 puntos Depresión severa 20-30 puntos
Grado de control de la Tensión Arterial	Cifra de la tensión arterial en pacientes hipertensos descrita en la guía de práctica clínica del IMSS considerando que un paciente tiene un control adecuado de la tensión arterial cuando maneja cifras de 139/89. Esto ha sido determinado con	Adulto mayor hipertenso que maneje cifras menores de tensión arterial de 139/89 controlado o mayores de 140/90 descontrolado.	Nominal Dicotómica	Controlado Tensión arterial menor o igual a 139/89. Descontrolado Tensión arterial mayor o igual a 140/90.

	base a la probabilidad de desarrollar complicaciones.			
Genero	Roles, derechos y responsabilidades diferentes de los hombres y las mujeres y a la relación entre ellos.	De acuerdo a las características fenotípicas masculino y femenino	Cualitativa Dicotómica	Femenino Masculino

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se solicitó la autorización correspondiente al director de la unidad de medicina familiar 248 San Mateo Atenco para la realización del protocolo de investigación.

Se aplicaron las encuestas por parte del investigador a los pacientes adultos mayores hipertensos que cumplan con los criterios de inclusión en el periodo de agosto a octubre 2012.

Se les explico a los pacientes en que consiste este estudio en el método a utilizar y el propósito del mismo en palabras sencillas. Se solicitó su consentimiento bajo información en el que se menciona que es estrictamente confidencial la información personal obtenida en el estudio.

Se aplicó el cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage el cual consta de 30 reactivos el cual se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano. Cada ítem se valora como 0/1 puntuando la coincidencia con el estado depresivo es decir las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30. Para la versión de 30 ítems los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son los siguientes: No depresión 0-9 puntos, Depresión moderada 10-19 puntos, Depresión severa 20-30 puntos.

La recolección de datos se llevó a cabo en el periodo de agosto a octubre 2012 el investigador aplico diario los cuestionarios hasta completar el tamaño de la muestra.

Una vez recolectada la información se analizo en hoja de Excel, se realizó el análisis estadístico y se presentaron los resultados en tablas y gráficas.

Se dio a conocer al paciente los resultados obtenidos en esta investigación.

Se individualizo a cada paciente dependiendo del grado de depresión y control de la tensión arterial, y se canalizo a su médico familiar para iniciar tratamiento farmacológico, y en su se derivó a segundo nivel.

ANALISIS ESTADÍSTICO.

Para analizar la relación entre dos variables se utilizara la prueba Chi cuadra. Se utilizara medidas de tendencia central (media, moda, mediana).

Para llevar a cabo la tabulación de la información se utilizó el programa Windows Excel.

Se elaboraron cuadros y gráficas.

Recursos

Recursos Humanos

El investigador
Un director de tesis
Un asesor metodológico

Recursos Físicos

Inmueble de la UMF 248 San Mateo Atenco
Área de estadística UMF 248
Biblioteca
Computadora

Recursos Materiales

Papelería, bolígrafos, folders, engrapadora, lápices, material impreso.
Equipo de cómputo

Recursos financieros

Corren a cargo del investigador

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Este estudio tiene implicaciones éticas desde el momento en que se trabaja con personas por tanto se explicaron los objetivos de la investigación, se solicitó autorización por medio del consentimiento informado (anexo 1).

Los aspectos éticos de la presente investigación están basados en los derechos de la autonomía con bases legales en la Ley general de Salud en los artículos 21, 23, 33, 89, 90 para efectos de esta ley. Todo bajo una estricta confidencialidad.

Los procedimientos se basan en Código de Núremberg (1947) y el reporte de Belmont del consentimiento voluntario, siendo los principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas que serán sometidas a experimento debiendo ser legalmente capaces de dar consentimiento; las normas enmendadas de la Declaración de Helsinki (1964) y modificaciones establecidas por la 29^a Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón (Octubre 1975), la 35^a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia (Octubre 1983), la 41^a Asamblea Médica Mundial, Hong Kong (Septiembre 1989), la 48^a Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica (Octubre 1996), y la 52^a Asamblea General, Edimburgo, Escocia (Octubre 2000), La 59^a Asamblea General, Seúl Corea (Octubre 2008).

Por ser un estudio no invasivo no implica riesgo para el paciente, como principio ético se le dio a conocer los resultados, se canalizó a su médico familiar para su valoración, seguimiento y tratamiento adecuado. Manteniendo siempre la confidencialidad.

CRONOGRAMA DE GANTT

PROGRAMADO						ACTIVIDAD A DESARROLLAR	REAL					
CICLO ACADEMICO							CICLO ACADEMICO					
2011-2012		2012-2013		2013-2014			2011-2012		2012-2013		2013-2014	
1ER SEMESTRE	2º SEMESTRE	1ER SEMESTRE	2º SEMESTRE	1ER SEMESTRE	2º SEMESTRE	1ER SEMESTRE	2º SEMESTRE	1ER SEMESTRE	2º SEMESTRE	1ER SEMESTRE	2º SEMESTRE	
						PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA						
						REVISION Y ANALISIS DE BIBLIOGRAFIA						
						SELECCIÓN DIRECTOR DE TESIS						
						JUSTIFICACION						
						FORMULACION DE OBJETIVOS						
						MATERIAL Y METODOS						
						PRESENTACIÓN DE PROTOCOLO ANTE CLIS						
						ELABORACION DE CORRECCIONES SUGERIDAD POR EL CLIS						
						PRESENTACION DE CORRECCIONES AL CLIS						
						RECOLECCION DE DATOS						
						CODIFICACION DE LOS DATOS						
						ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS						
						ELABORACION DE CUADROS Y GRAFICAS DE LOS DATOS						
						REDACCION DE RESULTADOS						
						REDACCION DE DISCUSION Y CONCLUSIONES						
						INFORME FINAL AL CLI						
						INFORME FINAL A LA UNAM						
						DIFUSION DE RESULTADOS						
						REDACCION DEL ESCRITO CIENTIFICO						
						PUBLICACION DE RESULTADOS						

RESULTADOS

La siguiente investigación fue realizada en la Unidad de Medicina Familiar 248 San Mateo Atenco cuyo objetivo fue identificar el grado de depresión y su relación en cuanto al grado de control de la TA en paciente adultos mayores hipertensos.

Se estudiaron 180 pacientes hipertensos adultos mayores adscritos a UMF 248 previo consentimiento informado, 74 hombres y 106 mujeres con un rango de edad de 60 a 88 años. Con media (media aritmética) de 67.09 años. Una mediana de 66.5 años y una moda de 60 años. La mayor prevalencia de edad se situó en el grupo de edad de 60-64 años con 73 pacientes (41%) seguido del grupo de 65-69 años con 47 pacientes (26%). El menor número de paciente lo tiene el grupo de edad de 85-89 años con 4 pacientes (2%). (Grafica 1)

De los 180 pacientes encuestados 127 no tuvieron depresión (70%), 37 con depresión moderada (21%) y 16 con depresión severa (9%). (Grafica 2)

De los 180 pacientes estudiados 139 (77%) se encontraban en control, 41 (23%) estaba descontrolado. (Grafica 3)

En cuanto al género de los 180 pacientes encuestados 74 fueron masculinos (41%) y 106 femeninos (59%). (Grafica 4)

De los 127 pacientes que se encontraron sin depresión 61 fueron mujeres (48%) y 66 hombres (52%). (Grafica 5)

En cuanto a la distribución por grupo de edad en pacientes sin depresión la mayor prevalencia fue en el grupo de 60-64 años con 47 pacientes (37%) seguido del grupo de 65-69 años con 41 pacientes (32%). (Grafica 6)

En cuanto al tiempo de padecer hipertensión en pacientes sin depresión la mayor prevalencia se presentó en el grupo de 0-5 años con 42 pacientes (33%) seguido del grupo de 6-10 años con 31 pacientes (24%), cabe mencionar que el grupo de 21-25 años y 26-30 años en ambos se encontrar el mismo número de pacientes 11 (9%). (Grafica 7)

En cuanto al grado de control de la TA de los 127 pacientes sin depresión se reporta 101 pacientes controlados (80%) y 26 descontrolados (20%). (Grafica 8)

De los 37 pacientes que presentaron depresión moderada 29 eran hombres (78%) y 8 mujeres (22%). (Grafica 9)

En cuanto al grupo de edad en pacientes con depresión moderada la prevalencia fue mayor en el grupo de 60-64 años con 19 pacientes (51%) seguido por el grupo de 75-79 años con 7 pacientes (19%). En el grupo de 85-89 se presentó 1 paciente (3%). (Grafica 10)

El tiempo de padecer hipertensión en paciente con depresión moderada la mayor prevalencia se encontró el grupo de 0-5 años con 10 paciente (27%) presentando el mismo número de pacientes el grupo de 6-10 años. (Grafica 11)

De los 37 pacientes con depresión moderada se encontraron 26 pacientes controlados (70%) y 11 descontrolados (30%). (Grafica 12)

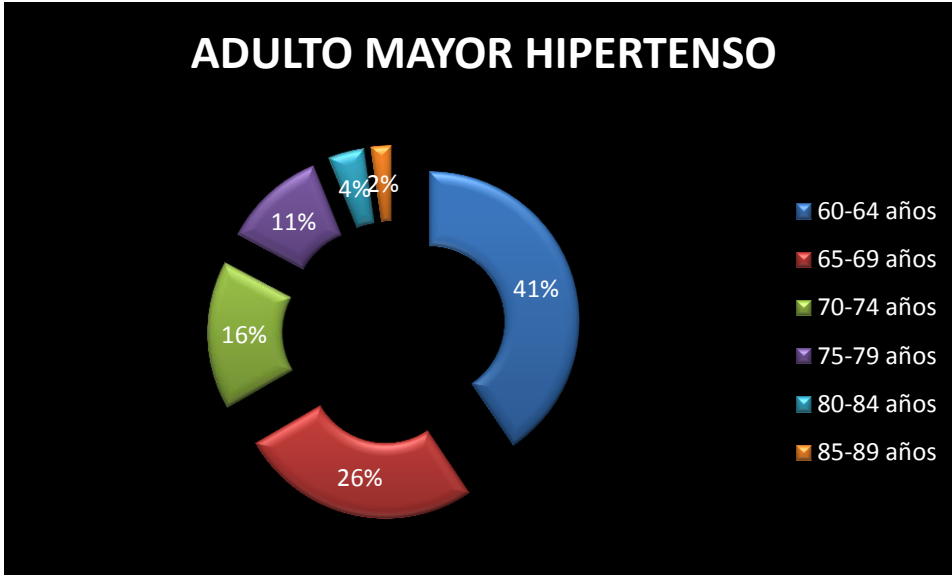
Se encontraron 16 pacientes con depresión severa de los cuales 11 son mujeres (69%) y 5 hombres (31%). (Grafica 13)

De los pacientes 16 pacientes con depresión severa el grupo de edad con mayor prevalencia fue el de 60-64 años con 7 pacientes (44%) seguido del grupo de 70-74 años con 4 pacientes(25%). Cabe menciona que el grupo de 75-79 años y 85-89 años no presento pacientes. (Grafica 14)

En cuanto al tiempo de padecer hipertensión en pacientes con depresión severa predomino el grupo de 6-10 años con 4 pacientes (25%), seguido con el mismo número de pacientes con 3 el grupo de 0-5, 11-15 y 16-20 años (19%). (Grafica 15)

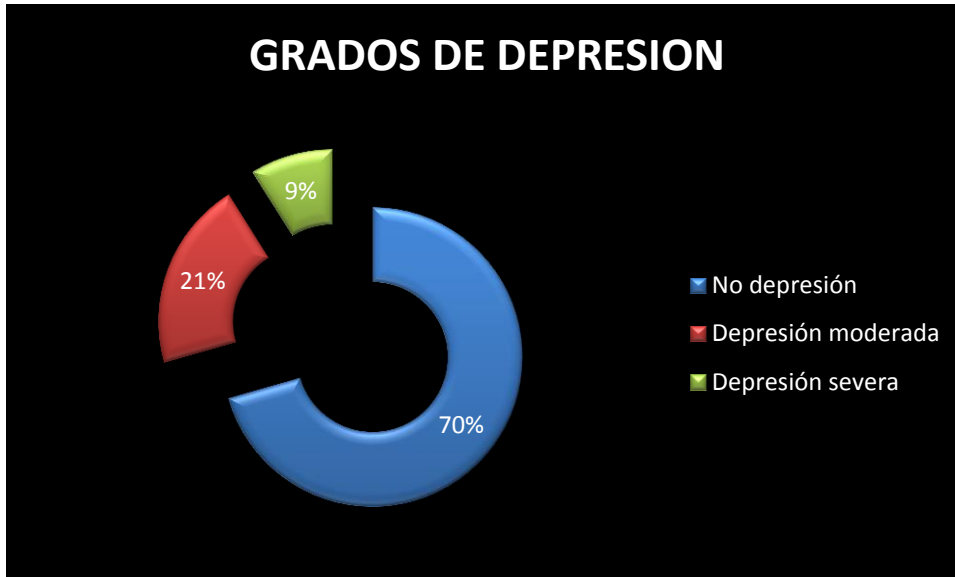
De los 16 pacientes con depresión severa 12 estaban controlados (75%) y 4 descontrolados (25%). (Grafica 16)

GRAFICA 1



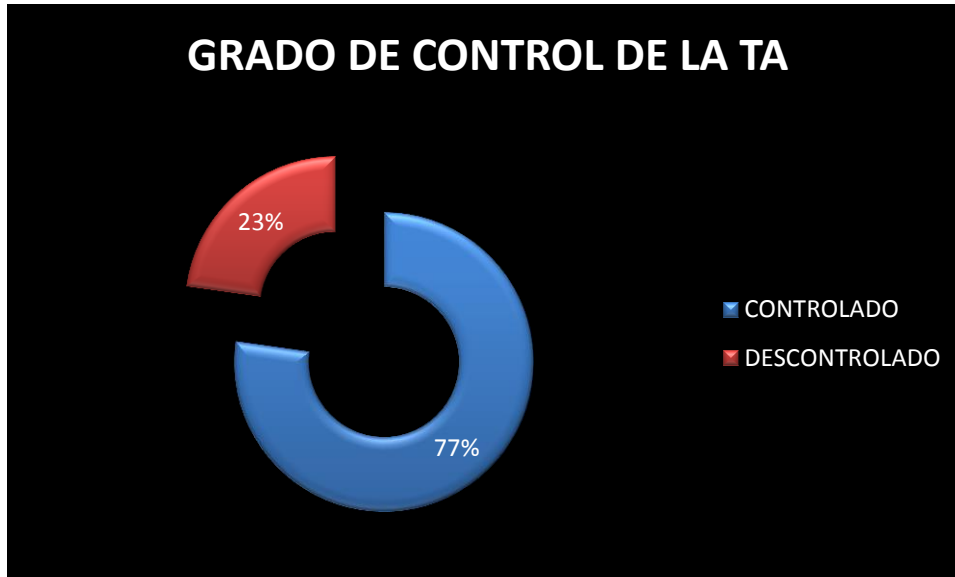
ADULTO MAYOR HIPERTENSO	
60-64 años	73
65-69 años	47
70-74 años	29
75-79 años	20
80-84 años	7
85-89 años	4

(Grafica 2)



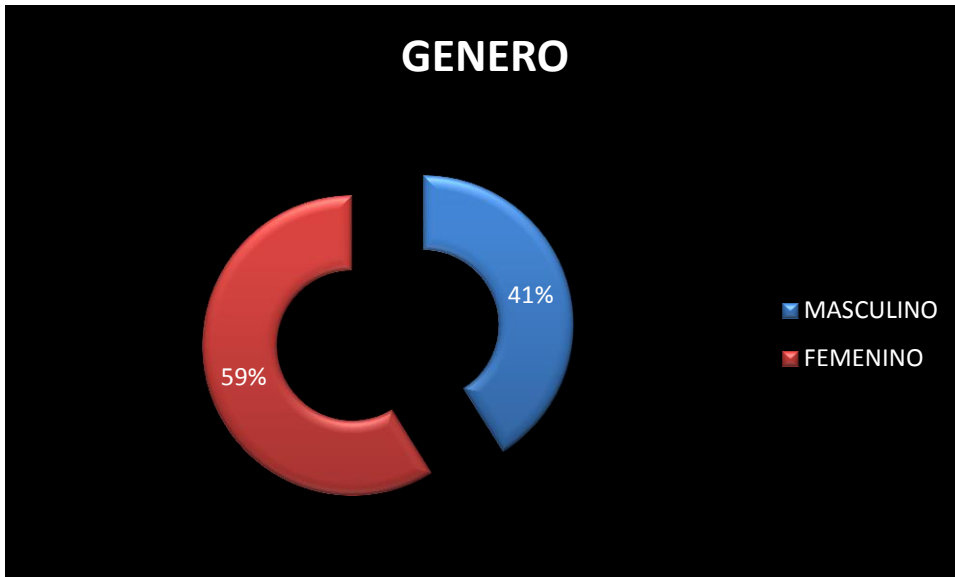
GRADO DE DEPRESION	
No depresión	127
Depresión moderada	37
Depresión severa	16

(Grafica 3)



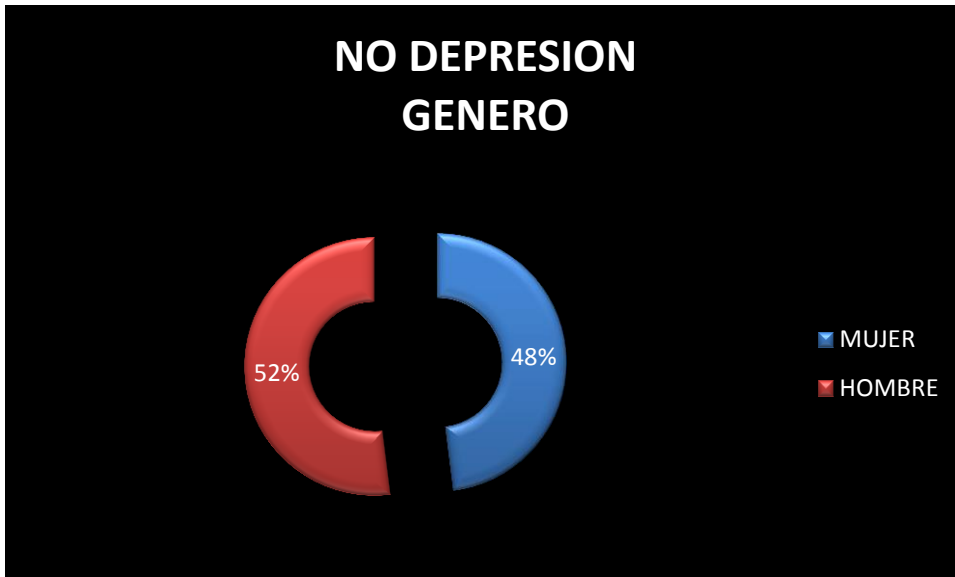
GRADO DE CONTROL DE LA TA	
CONTROLADO	139
DESCONTROLADO	41

(Grafica 4)



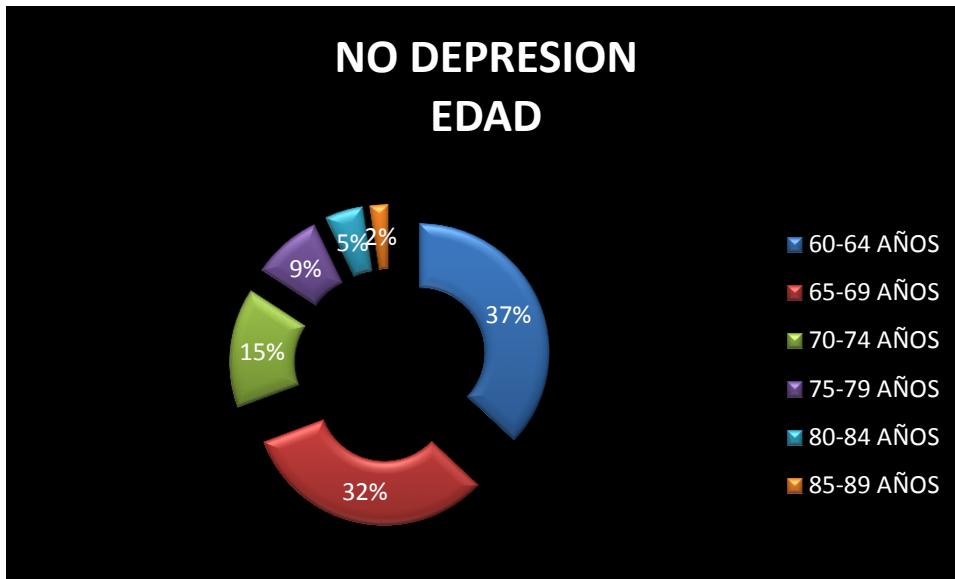
GENERO	
MASCULINO	74
FEMENINO	106

(Grafica 5)



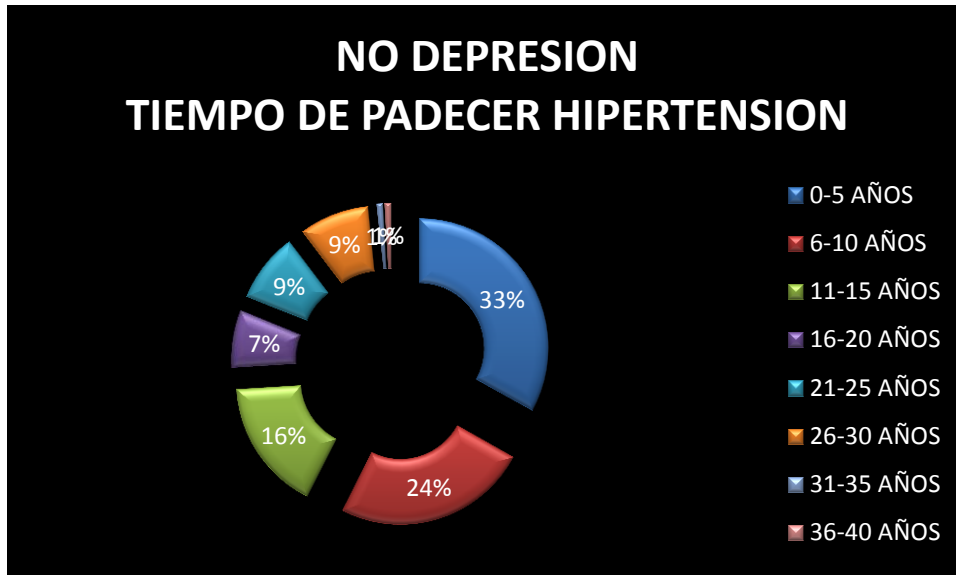
NO DEPRESION GENERO	
MUJER	61
HOMBRE	66

(Grafica 6)



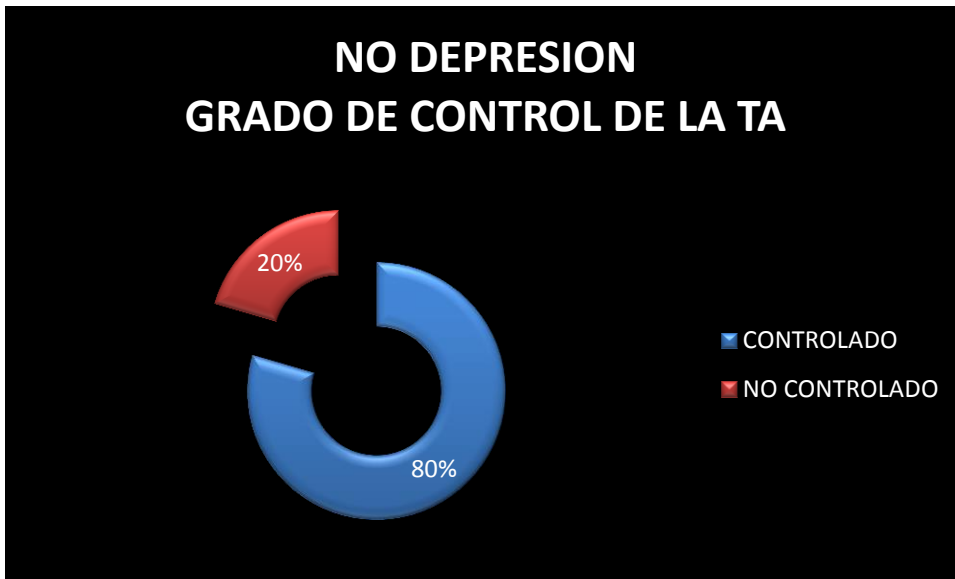
NO DEPRESION EDAD	
60-64 AÑOS	47
65-69 AÑOS	41
70-74 AÑOS	19
75-79 AÑOS	11
80-84 AÑOS	6
85-89 AÑOS	3

(Grafica 7)



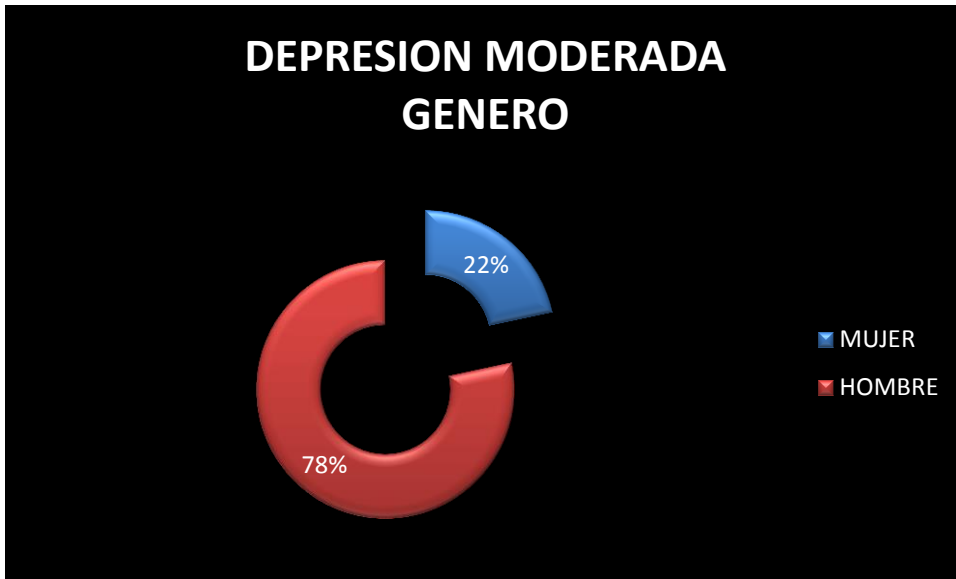
NO DEPRESION TIEMPO DE PADECER HIPERTENSION	
0-5 AÑOS	42
6-10 AÑOS	31
11-15 AÑOS	21
16-20 AÑOS	9
21-25 AÑOS	11
26-30 AÑOS	11
31-35 AÑOS	1
36-40 AÑOS	1

(Grafica 8)



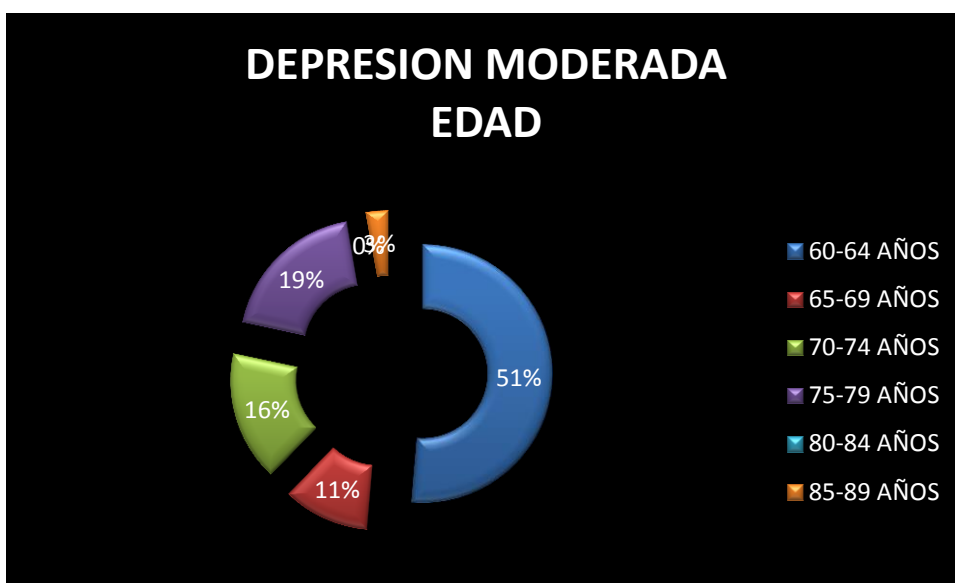
NO DEPRESION GRADO DE CONTROL DE LA TA	
CONTROLADO	101
NO CONTROLADO	26

(Grafica 9)



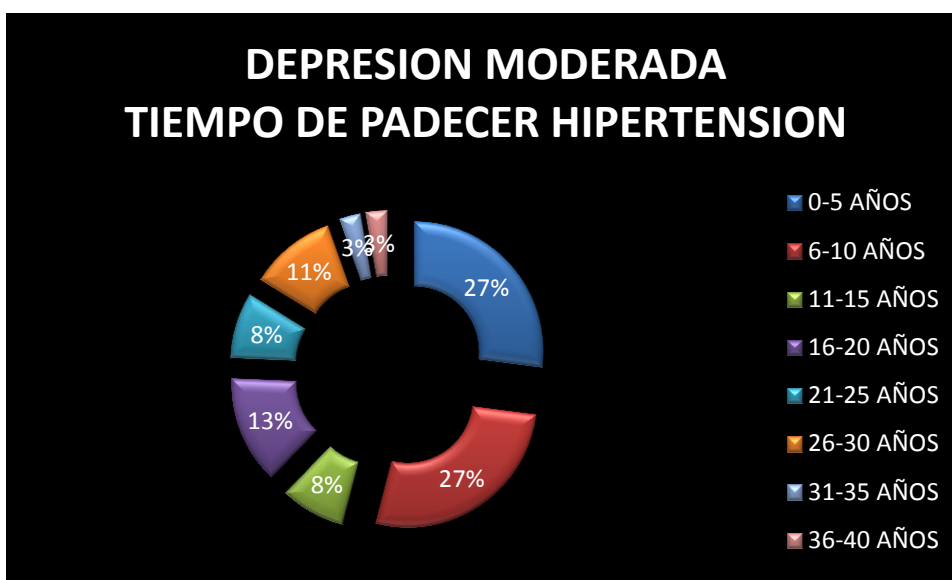
DEPRESION MODERADA GENERO	
MUJER	8
HOMBRE	29

(Grafica 10)



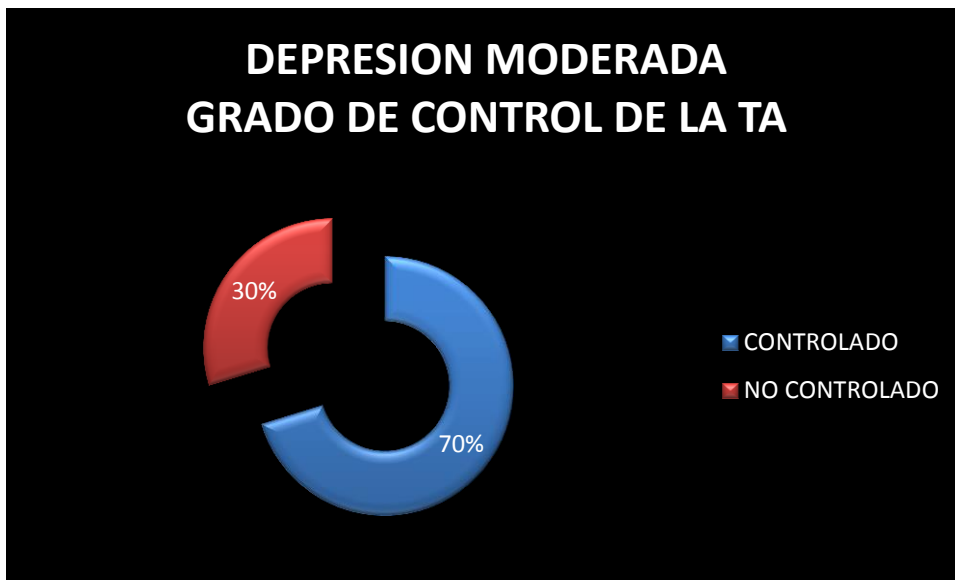
DEPRESION MODERADA EDAD	
60-64 AÑOS	19
65-69 AÑOS	4
70-74 AÑOS	6
75-79 AÑOS	7
80-84 AÑOS	0
85-89 AÑOS	1

(Grafica 11)



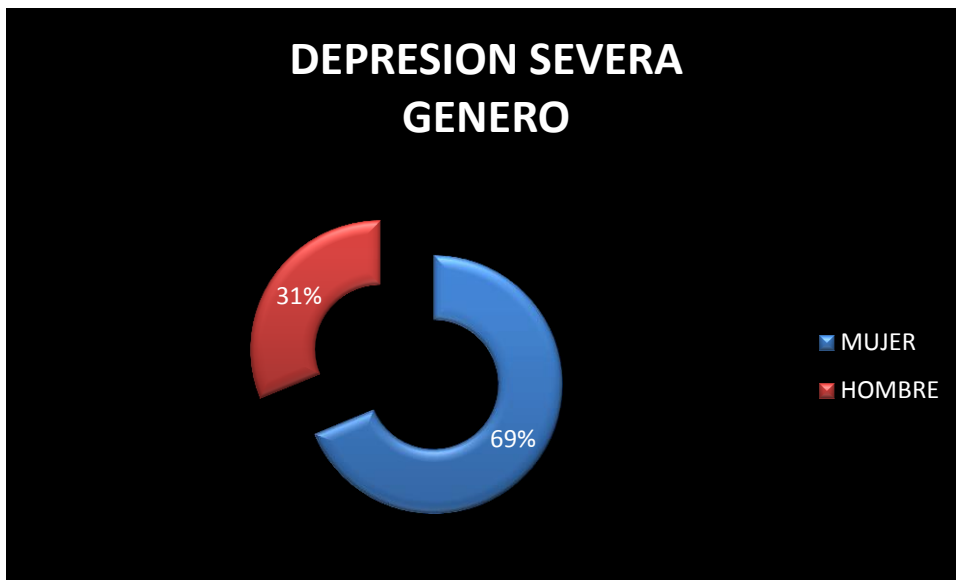
DEPRESION MODERADA TIEMPO DE PADECER HIPERTENSION	
0-5 AÑOS	10
6-10 AÑOS	10
11-15 AÑOS	3
16-20 AÑOS	5
21-25 AÑOS	3
26-30 AÑOS	4
31-35 AÑOS	1
36-40 AÑOS	1

(Grafica 12)



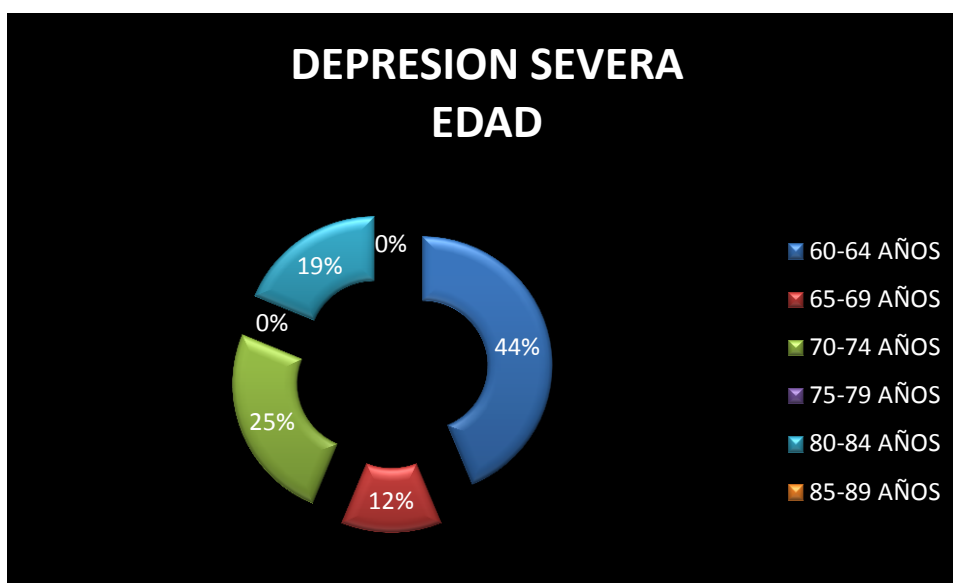
DEPRESION MODERADA GRADO DE CONTROL DE LA TA	
CONTROLADO	26
NO CONTROLADO	11

(Grafica 13)



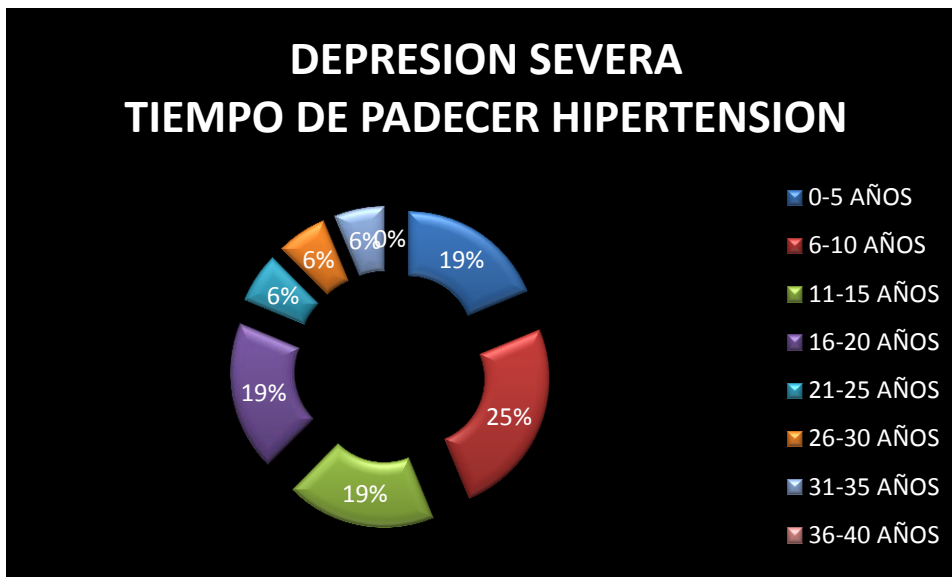
DEPRESION SEVERA GENERO	
MUJER	11
HOMBRE	5

(Grafica 14)



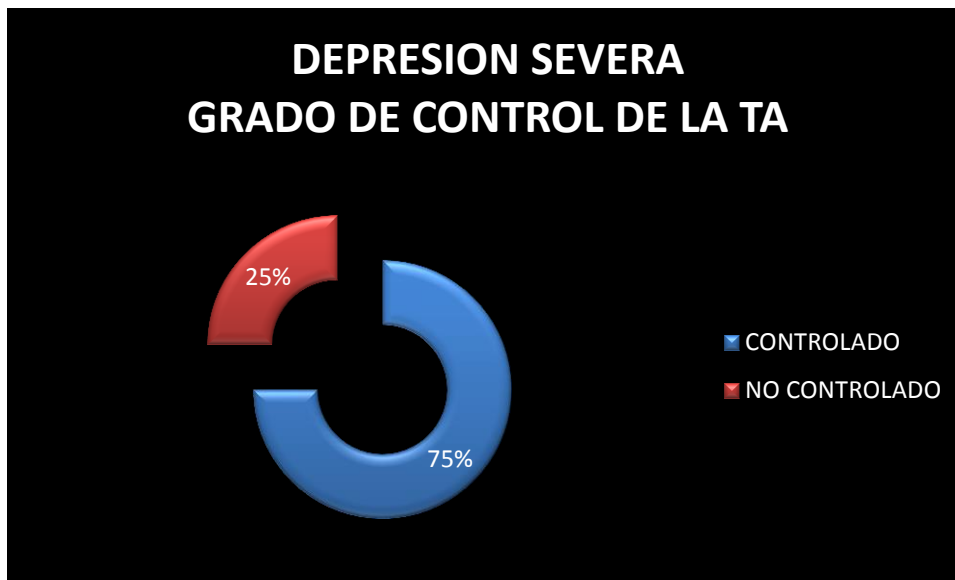
DEPRESION SEVERA EDAD	
60-64 AÑOS	7
65-69 AÑOS	2
70-74 AÑOS	4
75-79 AÑOS	0
80-84 AÑOS	3
85-89 AÑOS	0

(Grafica 15)



DEPRESION SEVERA TIEMPO DE PADECER HIPERTENSION	
0-5 AÑOS	3
6-10 AÑOS	4
11-15 AÑOS	3
16-20 AÑOS	3
21-25 AÑOS	1
26-30 AÑOS	1
31-35 AÑOS	1
36-40 AÑOS	0

(Grafica 16)



DEPRESION SEVERA GRADO DE CONTROL DE LA TA		%
CONTROLADO	12	75
NO CONTROLADO	4	25

DISCUSION

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos, prolonga las estancias hospitalarias y obtiene un peor grado de funcionalidad con repercusiones económicas y sociales muy elevadas en costos directos e indirectos ya que genera numerosas consultas.

Bruce S. Jonas, del Centro Nacional para la Estadística Sanitaria de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, se ha ocupado especialmente de rastrear las relaciones entre ambos problemas médicos desde hace veinte años. Según los estudios realizados en este tiempo por investigadores de CDC, resulta altamente prioritario el tratamiento de ambas enfermedades. Por norma general, los antidepresivos y otros fármacos que prescriben los médicos no afectan a las afecciones cardíacas y son tolerados de forma normal por quienes las sufren.

En la literatura se da por hecho que pacientes con enfermedad crónica cursan con un cierto grado de depresión, lo encontrado en nuestro estudio es que la mayoría de los pacientes encuestados se encontraban sin depresión. Todo esto puede deberse al apoyo familiar con el que cuenta el paciente, a las redes de apoyo y grupos de autoayuda con los que se cuenta en nuestra unidad.

El instrumento utilizado para medir la depresión, la escala de depresión geriátrica de Yesavage tiene la ventaja de ser práctico de fácil comprensión y corresponde a nuestra realidad médica y sociocultural

Los resultados obtenidos en este estudio varían en cuanto a los encontrados en el estudio realizado por Flores en la UMF 220 (2008) donde se estudiaron 400 pacientes adultos mayores de los cuales 235 adultos mayores eran hipertensos y cursaban con depresión leve, 65 con depresión moderada a severa, contrastando con los 180 pacientes de nuestro estudio de los cuales 127 pacientes no presentan depresión, 37 con depresión moderada y 16 con depresión severa.

En comparación con el estudio realizado por Lugercho, Cora Cecilia en el Hospital Rodolfo Rossi en La Plata (2007) donde se estudiaron 240 paciente donde el promedio de edad fue de 64.1 años y en nuestro estudio fue de 66.5 se encontró un resultado similar en relación a los pacientes con depresión encontrando el 20% de pacientes con depresión, respecto al 30% encontrado en nuestro estudio.

En éste trabajo se encontró que un 30% de los pacientes estudiados padecía depresión, lo que representa un porcentaje similar al encontrado en la bibliografía sobre el tema, donde se publican tasas que van del 22 % al 33 %. Pero cabe resaltar que de los 127 pacientes que cursaban sin depresión el 80% estaban controlados y 20% descontrolados aun sin cursar con depresión.

Tomando los datos por separados de los pacientes sin depresión, con depresión modera y con depresión severa descontrolada, el porcentaje de los pacientes es parecido presentado en pacientes sin depresión 20%, depresión moderada 30% y depresión severa 25%. Por lo que desde la

perspectiva del presente trabajo podemos mencionar que no existe una asociación entre la depresión y el grado de control de la tensión arterial ya que los porcentajes de los pacientes descontrolados son parecidos en pacientes sin depresión.

El componente emocional debería considerarse en todo paciente hipertenso que no mejore con el tratamiento antihipertensivo convencional.

CONCLUSIONES

Se cumplió con los objetivos tanto general como específicos ya que respecto a los resultados no damos cuenta de que el porcentaje de pacientes descontrolados con depresión es parecido al porcentaje de los pacientes sin depresión descontrolados. Encontrando también un mayor porcentaje de pacientes controlados que descontrolados predominando el género femenino.

Por lo tanto la relación de pacientes con algún grado de depresión no es determinante para la presencia de descontrol de la TA ya que el porcentaje de los pacientes que no cursaban con depresión es parecido a los que cursan con depresión, incluso con depresión severa.

El hecho de encontrar paciente con enfermedad crónica sin depresión puede deberse a la región sociodemográfica donde se realizó el estudio ya que todos los pacientes encuestados se encontraban acompañados por un familiar cuidador, la mayoría con una buena red de apoyo, integración a la dinámica familiar haciendo que el paciente se encuentre en buen estado general.

Los pacientes a los cuales se les detecto algún grado de depresión se canalizaron con su médico familiar ya con el diagnóstico para ser canalizado a psiquiatría y psicología para su tratamiento y así mejorar su estado general.

A los pacientes que no cursaban con depresión pero se encontraban descontrolados se envió a trabajo social para integración a grupos de autoayuda así como sugerencia de envió a psicología para su atención integral canalizándolo también con su médico familiar para ajuste de su tratamiento.

El médico familiar está obligado a desempeñar un papel importante en los pacientes con alguna enfermedad crónica para ayudar al paciente a tener un control adecuado de su patología evitando complicaciones, poniendo al alcance del paciente todos los apoyos con los que se cuenta como trabajo social, nutrición, psicología, cardiología, etc., Así como una atención integral centrada en enfoque de riesgo teniendo una cercana relación con los familiares para conocer al cuidador principal y así examinar las redes de apoyo con las que el paciente cuenta para prevenir la presencia de depresión en los pacientes crónicos degenerativos.

Dado los resultados de este estudio se recomienda y sería de gran utilidad que el médico familiar dentro de su consulta se tomara algunos minutos para realizar la escala de depresión geriátrica para así poder hacer énfasis en la detección temprana de los trastornos depresivos en el primer nivel de atención y así poder otorgar un tratamiento oportuno y con ello evitar complicaciones que repercutan en la evolución de la enfermedad crónica del paciente.

ANEXOS

ANEXO 1

Escala de Yesavage

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

ítem	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra á menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

Puntuación total:

No depresión	0-9 puntos
Depresión moderada	10-19 puntos
Depresión severa	20-30 puntos

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: _____

Edad _____ Afiliación _____

Tiempo de padecer hipertensión _____

Por este medio declaro que se me ha invitado a participar en el protocolo titulado: “Relación entre la presencia de Depresión en el adulto mayor hipertenso y el grado de control de la Tensión Arterial en pacientes adscritos a la UMF 248 durante los meses de Agosto a Octubre 2012”.

El objetivo del estudio es identificar la relación entre la presencia de Depresión en el adulto mayor hipertenso y el grado de control de la Tensión Arterial. Por tal motivo, la participación en el estudio consistirá en responder un cuestionario de 30 reactivos (Escala de depresión geriátrica de Yesavage) que permita orientar a los médicos como influye la relación de Depresión e Hipertensión en el control de la Tensión Arterial.

Se le dará al paciente a conocer los resultados obtenidos en esta investigación. Se le indicará al paciente si necesita tratamiento o apoyo psicológico, se canalizará con su médico familiar y en caso de ser necesario se enviará a segundo nivel

También se me ha manifestado que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y que los datos personales serán utilizados de forma confidencial.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo por parte de la Dr. Eduardo Flores González (investigador) quien esta disponible para resolver dudas o cualquier aclaración.

En San Mateo Atenco a los _____ del mes de _____ del 2012

Investigador responsable

Dr. Eduardo Flores González
99166119

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma testigo

Nombre y firma testigo

ANEXO 3

HOJA DE CONCENTRADO DE INFORMACION

No. PROGRESIVO	EDAD	SEXO	TIEMPO DE PADECER HIPERTENSION	CIFRA DE TA	CONTROLADO	PUNTAJE DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA	NIVEL DE DEPRESION

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Mayet J, Hughes A. Cardiac and vascular pathophysiology in hypertension. *Heart* 2003 Sep; 89(9):1104-1109
- 2.- Delgado C, Weder AB. Pathophysiology of hypertension. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2000.
- 3.- Burke G, Manolio T. Epidemiology of established major cardiovascular disease risk factors. In: Kapoor A, Singh B. Prognosis and risk assessment in cardiovascular disease. Churchill Livingstone, 1993: 61-72.
- 4.- Chobanian A, Bakris G, Black H, y cols. Seventh Report of the National Joint Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of high blood pressure JNC 7 Complete Version. Hypertension. 2003; 42: 1206-1252.
- 5.-Cooper RS, Durazo-Arvizu R. Hypertension detection and control: population and policy implications. In: Clinical Hypertension. *Cardiol Clin* 20 (2002) 187-194, W.B Saunders.
- 6.-Gifford R, Moser M. Initial Workup of the hypertensive Patient. In: Izzo Hypertension Primer. Tercera Edicion. American Heart Association 2003: 325-328.
- 7.-Kaplan N, Benefits of treating systolic Hypertension in elderly patients. In: Kaplan N Systolic Hypertension Risk Management. Science Press 2004: 13-22.
- 8.-Flack J, Peters R, Mehra V, et al. Hypertension in special populations. *Curr Probl Cardiol* feb 2003, 28: 194-223.
- 9.-Furberg C, Psaty B, Cutler J. Blood pressure and cardiovascular disease. In: Yusuf S. Evidence Based Cardiology. *BMJ* 1998: 227-238.
- 10.-Pickering T. Principles and techniques of blood pressure measurement. In: Clinical Hypertension. *Cardiol Clin* 20 (2002): 207-223, W.B Saunders.
- 11.-Radford N, Víctor R. Clinical Recognition of Hypertension. En Crawford M. DiMarco J. Cardiology, Mosby Int., primera edición, 2001; 3: 3.1-3.6.
- 12.- IMSS. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. 2009
- 13.-The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *JAMA* 2003; 289:2560.
- 14.-AHA/hypertension primer 2nd ed. From the council on high blood pressure research.

- 15.-Meissner I, Whisnant JP, Sheps S, et al. Stroke prevention: assessment of risk in a community. The Sparc Study, part I: blood pressure trends, treatment, and control (abstract). *Ann Neurol* 1997; 42:433.
16. Itoh H, Mukoyama M, Pratt RE, Gibbons GH, Dzau VJ. Multiple autocrine factors modulate vascular smooth muscle cell growth response to angiotensin II. *J Clin Invest* 1993;91:2268-2274.
17. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics - 2004 Update. Dallas, Tex.: American Heart Association, 2003.
- 18.-Safar ME, London GM. For the clinical committee of arterial structure and function, on behalf of the working group on vascular structure and function of the European society of hypertension. Therapeutic studies and arterial stiffness in hypertension: recommendations of the European society of hypertension. *J Hypertens* 2000; 18:1527-35.
- 19.-Johannes CB, Araujo AB, Feldman HA, et al. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts male Aging Study. *J Urol* 2000; 163:460-463.
- 20.-Kannel W. Blood pressure as a cardiovascular risk factor. *Jama* 1996; 275(24):1571-1576.
- 21.-Burt VL, Cutler JA, Higgins M, Horan MJ, Labarthe D, Whelton P, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population. Data from the health examination surveys, 1960 to 1991. *Hypertension* 1995 Jul; 26(1):60-69.
- 22.-Kannel WB. Potency of vascular risk factors as the basis for antihypertensive therapy. *Eur Heart J* 1992 Dec; 13 Suppl G:34-42.
- 23.-European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003 Jun; 21(6):1011-1053.
- 24.-Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlof B, Elmfeldt D, Julius S, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. *Lancet* 1998 Jun 13; 351(9118):1755-1762.
- 25.-Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). SHEP Cooperative Research Group. *Jama* 1991 Jun 26; 265(24):3255-3264.
- 26.- Materson BJ, Reda DJ, Cushman WC, Massie BM, Freis ED, Kochar MS, et al. Single-drug therapy for hypertension in men. A comparison of six antihypertensive agents with placebo. The Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. *N Engl J Med* 1993 Apr 1; 328(13):914-921.
- 27.- Zisook S, Peterkin J. Mood disorders and bereavement in late life. *Curr Opin Psych* 1993; 6: 568-573.

- 28.- Sainz MA. Evaluar la validez de la escala de depresión geriátrica e inventario de depresión de Beck. Tesis. México:Universidad Nacional Autónoma de México. 1991.
- 29.- Musetti L, Perugi G, Soriani A. Depression before and after age 65 A Re-examination. *Br J Psychiatry* 1989 ; 55: 330-336.
- 30.-Berkman LF, Berkman C S, Kasl S, Freeman DH, Leo L. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *Am J Epidemiol* 1986; 124: 372-388.
- 31.-Howard P R. Personal reflections: depression in the elderly. *Psychiatr Ann* 1990; 20(2): 62-63.
- 32.- Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontologist*, 5: 165-173.
- 33.-Rojas-Casas GC. Evaluación de la validez de la escala de depresión geriátrica (GDS) y la escala de ansiedad y depresión para hospitales generales. Tesis. México: Universidad Nacional Autónoma de México. 1991.
- 34.-Blazer DG, Bahar JR, Hughes DC. Major depression with melancholia: a comparison of middle-aged and elderly adults. *J Am Geriatric Soc* 1987; 35: 927-932.
- 35.- Alexopoulos G, Meyers B, Young R. Recovery in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry* 1996; (53) 305-312.
- 36.- Sosa AL. Depresión en el anciano. *Psiquiatría* 1989; 1 (3): 44-54.
- 37.- Krassoievitch ZM. Demencia senil y presenil. México. Salvat Mexicana de Ediciones, 1988.
- 38.-WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, World Health Organization, 1993.
- 39.-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.
- 40.- Arroyo M, Salva Coll J, Trastornos Depresivos en Cardiología, Roca Bennasar M, Arroyo M, en Trastornos Depresivos en Patologías Médicas, Barcelona, 1996, Ed. Masson, S.A. 17-29
- 41.- Aram V. Chobanian, MD; George L. Bakris, MD, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA*, 2003, 289: 2561
- 42.- Stevens D, Merikangas K, Merikangas J, Comorbidity of Depression and other Medical Conditions, Beckham E, Leber W, Handbook of depression, New York 1995, Ed. The Guilford Press. :147-199

- 43.- Davidson K, Jonas BS, et al. Do Depression symptoms predict early hypertension incidence in young adults in the Cardia study? Coronary Artery risk development in young adults. Arch Intern Med, 2000, 160(10): 1495-500
- 44.- Rabkyn J., Charles E., Hypertension and DSM III Depression in Psychiatric Outpatients. Am J Psychiatry, 1983, 140: 1072-1074.
- 45.- Alexopoulos G, Meyers B, Young R, et al. Vascular Depression hipótesis. Arch Gen Psychiat 1998, 54: 915-922.
- 46.- D'Art P, Katona P, Mullan E et al. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders: The acceptability and performance of the 15-item geriatric depression scale (GDS 15) and the development of shorter versions. Fam Pract 1994; 11: 260-266.
- 47.- Van Marwijk HW, Wallace P, Bock GH et al. Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the Geriatric Depression Scale. Br J Gen Pract 1995; 45: 195-199.
- 48.- González F. Características técnicas y modificaciones introducidas en dos escalas de depresión: estudio piloto para la adaptación y baremación de la G.D.S. y el B.D.I. a la población geriátrica española. Psicogeriatría 1988; 4: 235-240.
- 49.- Casabella B, Espinás J, et al. Demencias; recomendaciones SEMFYC. Barcelona: EdiDe, 1999: 38-42.
- 50.- Ramos JA, Montejo I, Lafuente R et al. Valoración de la escala criba geriátrica para la depresión. Actas Luso Españolas Neurol Psiquiatr 1991; 19: 174-177.
- 51.- Aguado C, Martínez J, Onís MC et al. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depresión Scale" (GDS) de Yesavage. Aten Primaria 2000; 26 (supl 1): 328.
- 52.- Salamero M, Boget T, Garolera M et al. Test psicológicos, neuropsicológicos y escalas de valoración. En: Soler PA, Gascón J eds. RTM-II: Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Barcelona: Masson S.A., 1999: 383.
- 53.- Burke WJ, Rodney LN, Roccaforte WH et al. A prospective evaluation of the Geriatric Depression Scale in an outpatient Geriatric Assessment Center. J Am Geriatr Soc 1992; 43: 674-679.
- 54.- Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. En: Brink TL (ed). Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention. New York: Haworth Press, 1986: 517.

- 55.- Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14: 858-865.
- 56.- Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora M, Lozano R: Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Mex Public Health*, S1:S4-S11, 2005
- 57.- Solache G. La Depresion como factor de riesgo cardiovascular. *Psiquis (Mexico)*, Vol 18 Núm 4, 2009; 96.
- 58.- Riolo SA, Nguyen TA, Greden JF, King CA. Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *Am. J. Public Health* 2005; 95(6):998-1000.
- 59.- Caballero J. Depresión e Hipertensión arterial. *Rev Pac Med Fam* 2005; 2(1): 43-49
- 60.- Yates W and Wallace R. Cardiovascular risk factors in affective disorder. *J Affect Disorders*, 1987, 12: 129-134.
- 61.- J. Ribera. Hipertensión en paciente depresivo. *Pharmaceutical Care España* 2008; 10(2): 97-99