

11227
27/86

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL REGIONAL "20 de NOVIEMBRE".

EFFECTO DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SOBRE LA

CALIDAD DE VIDA DE UN GRUPO DE HIPERTENSOS

TESIS PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA PRESENTA:

DR. MARCO TULIO REYNOSO MARENCO

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F., 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

1. ANTECEDENTES:

En la mayoría de los casos el control de las cifras tensionales en enfermos de hipertension arterial puede alcanzarse con los amplios recursos terapéuticos disponibles en la actualidad; esta situacion ha creado un interés cada vez mayor por el beneficio del tratamiento largo plazo y a la disponibilidad de que además del costo monetario, el tratamiento farmacológico implique efectos secundarios molestos e incluso peligroso, que superen los beneficios aparentes. (1,2)

El objetivo más importante en el tratamiento del paciente con hipertensión arterial sistématica, es el evitar la aparición de complicaciones futuras como enfermedad cerebro vascular, coronariopatías, insuficiencias cardíaca y renal. (3,4,5,1,6)

Para lograr los objetivos antes mencionados se utiliza el tratamiento farmacológico en la mayoría de los casos; sin embargo, existen vías alternas en el tratamiento no farmacológico (reducción de peso, restricción de los factores de riesgo, relajación, etc). (7,1,4,8,9,10)

El concepto de calidad de vida incluye la evaluación del grado de capacidad funcional del individuo, sus limitaciones, síntomas, características psicosociales, que describen las posibilidades del individuo para desempeñar una serie de papeles, obteniendo la gratificaciones propias para ello (11,9,5); otras de las variables que deben de incluirse como parte de la valuación, es el éxito del tratamiento, es decir, la respuesta sobre las cifras tensionales y el apego al mismo como resultado obtenido de la atención médica.

El primer problema al que se enfrenta el paciente hipertenso es el "etiquetamiento", es decir el ser diagnosticado como hipertenso; el individuo busca el diagnóstico y los síntomas relacionados con la entidad, lo que se refleja en la disminución del bienestar psicológico, que estará relacionado con el apego al tratamiento y efectos secundarios del mismo. Otro aspecto importante es la limitación física ocasionada por la hipertensión arterial sostenida con daño a órganos "blanco", que indicará la aplicación de cuidados limitantes crónicos y ambulatorios interferidos por episodios recurrentes de hospitalización.(1,16,13,14,4)

La evaluación de todo paciente en general incluye, algunas preguntas difíciles de contestar con un 100% de objetividad como ¿De qué manera afecta la calidad de vida del paciente hipertenso el tratamiento?, ¿cómo debe llevarse a cabo la evaluación, cuándo y con qué frecuencia?. Las repercusiones están inversamente relacionadas con los ingresos económicos y el nivel de educación del paciente hipertenso tratado de manera ambulatoria y la alta tasa de psiconeurosis que afecta las áreas cognoscitivas y psicomotoras.

II.-METODO

Selección de pacientes y diseño del estudio

A modo de obtener una población relativamente homogénea, se inició el estudio de 157 pacientes catalogados hasta el momento como hipertensos esenciales, en la clínica de estudio y tratamiento de hipertensión arterial en el H. R. "20 noviembre".

Apartir de 1987, se creó una clínica para evaluar en forma prospectiva a los enfermos adultos, con hipertensión arterial, que acuden a dicho hospital provenientes del segundo al tercer nivel de atención médica, cuyos objetivos son los de identificar características demográficas de la población derechohabiente, catalogar el tipo de enfermedad hipertensiva, el tipo de tratamiento y adecuarlo a las características del individuo y finalmente evaluar el tratamiento instituido sobre: La presión arterial, morbimortalidad, calidad de vida de los enfermos así como el acatamiento y pérdidas al tratamiento.

Para tal efecto se han diseñado dos encuestas para recolección de información; la primera, para los objetivos antes mencionados y la segunda para el estudio en cuestión. La primera se divide en 7 secciones que comprenden ficha de identificación, antecedentes relacionados con hipertensión así como factores de riesgo, antecedentes familiares y exploración física así como estudios de laboratorio y gabinetes ordenados hacia el problema (se anexa encuesta No.1). La segunda encuesta se comentará más adelante.

Para la selección de pacientes al estudio, estos deberían reunir los siguientes criterios: el ser diagnosticado como hipertensos esenciales, catalogados como leve moderada, según criterios del Comité de evaluación y tratamiento de hipertensión arterial en E.U.A. 1988 en tres mediciones con diferencia de cinco minutos, y con la asistencia regular a la clínica, con rango de edad comprendido entre 20-80 años.

Se excluyeron aquellos antecedentes de alergia o de hipersensibilidad a fármacos, enfermedades de la colágena bajo tratamiento, dermatosis recidivante, insuficiencia renal, infarto al miocardio dos años previos al estudio, consumo de psicotrópicos dos semanas previas. Los pacientes fueron evaluados con tratamiento establecido al tratamiento farmacológico o no farmacológico en la Clínica de Hipertensión. Las dosis fueron ajustadas de acuerdo al estado clínico del paciente (iniciando a dosis submáximas por cada medicamento asignado) ; asimismo, el número de consultas otorgadas.

Recolección de datos

Con la finalidad de evitar interferencias, se solicitó al paciente que contestará el cuestionario en las dos ocasiones, siendo supervi- sado por el grupo médico y a la trabajadora social. (según recomen- daciones de Liv Storstein)(15).

Evaluación de la calidad de vida

Dicha evaluación se basó en cinco mediciones: 1. sensación de

bienestar y el impacto de la enfermedad, antes y después del diagnóstico de hipertensión así como del tratamiento; 2. Estado físico; 3. estado emocional, capacidad de realizar funciones sociales, familiares y en el área de trabajo. Las preguntas se encontraban dirigidas a evaluar los síntomas del enfermo, los efectos secundarios del tratamiento, las relaciones familiares, interacciones sociales y actitud hacia el trabajo.

La valoración del estado de salud se realizó con el índice de bienestar y eficiencia en el que se reconoce nueve niveles expresados numéricamente (16,17,14); se anexa cuestionario. No.2

Análisis estadístico

Se empleó la prueba estadística de χ^2 , para el análisis de proporciones con un valor de "p" \leq 0.05 (nivel de alfa 5%) y coeficiente de contingencia entre los síntomas y los esquemas de tratamiento y cálculo de la estimación de la proporción poblacional en las escalas de evaluación del estado de salud (propuesta por Fanshell y Bush y revisada por Bulpitt y Fletcher) y la de Karnofsky (18), escala de capacidad de acción, en pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

CLINICA DE HIPERTENSION ARTERIAL

HOSPITAL REGIONAL " 20 DE NOVIEMBRE "

I. FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE: _____
 NUMERO DE EXPEDIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO _____
 DOMICILIO: _____
 TELEFONO _____ CLINICA DE ADSCRIPCION _____
 OCUPACION _____ FECHA DE PRIMERA EVALUACION _____
 FECHA DE ALTA DE LA CLINICA DE H.A. _____ MOTIVO DE ALTA _____ 2

II. ANTECEDENTES RELACIONADOS CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA:

1. TIEMPO DE EVOLUCION: AÑOS _____
 MESES _____
 DIAS _____

2. FORMA EN QUE FUE DIAGNOSTICADA:
 2.1. MEDICO _____
 2.2. ENFERMERA _____
 2.3. POR PERSONA NO MEDICA _____

3. CIFRAS TENSIONALES AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO INICIAL (SI ES POSIBLE) _____

4. TRATAMIENTO INICIAL
 4.1. DIETA SI () NO ()
 ESPECIFICAR _____
 4.2. MEDICAMENTOS:
 DOSIS: _____
 TIEMPO DE ADMINISTRACION _____
 4.3. OTROS METODOS DE TRATAMIENTO: _____

5. SE ENCUENTRA BAJO CONTROL MEDICO:
 SI () NO ()

6. FECHA DE LA ULTIMA EVALUACION: _____

7. SE LE ESTA ADMINISTRANDO TRATAMIENTO MEDICO ACTUALMENTE:
 SI () NO ()
 QUE MEDICAMENTOS: DOSIS Y TIEMPO _____

 EFECTOS COLATERALES DEL TRATAMIENTO _____

III. MANIFESTACIONES CLINICA DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA:

8.- CEFALEA	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____
9.- TINITUS	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____
10.- FOSFENOS	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____
11.- ACUFENOS	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____
12.- MAREOS	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____
13.- PALPITACIONES	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____
14.- NAUSEAS	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____
15.- LIPOTIMIAS	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____
16.- EDEMA	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____
17.- EPISTAXIS	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____
18.- HEMATURIA	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____
19.- SUDDRACION	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____
20.- POLIURIA	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____
21.- ORTOSTATISMO	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____
22.- CALAMBRES EN MS. IFS.	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____
23.- CLAUDICACION MS. IFS.	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____
24.- NICTURIA	SI ()	NO ()	DESDE CUANDO _____

REALIZO _____

V.- ANTECEDENTES PERSONALES RELEVANTES Y FACTORES DE RIESGO:

PERSONALES NO PATOLOGICOS:

- 25.- TABAQUISMO: Tiempo _____
 No cigarros _____
 -10 () +10 ()
- 26.- ALCOHOLISMO: SI () NO ()
 Tiempo _____
 Cantidad _____
- 27.- INGESTA LIBERAL DE SAL:
 SI () NO ()
- 28.- TIPO DE ALIMENTACION:
 Proteinas _____
 H. Carbono _____
 Grasas _____
 28.1 Cafeina _____
 28.2 Te negro _____
- 29.- OCUPACION: _____
30. STRESS _____
31. AMBIENTE FAMILIAR _____
32. AMBIENTE DE TRABAJO _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

33. CARDIOLOGICOS:
 33.1. ANGOR SI () NO ()
 33.2. I.A.M. SI () NO ()
 33.3. INSUF.CARDIACA SI () NO ()
 33.4. ARRITMIAS SI () NO ()
 33.5. CIRUGIA CARDIACA SI () NO ()
34. NEUMOLOGICOS:
 34.1. EPOC SI () NO ()
 34.2. BRONQUITIS CRONICA SI () NO ()
 34.3. LITIASIS SI () NO ()
- 35.- RENALES
 35.1. INF. VIAS URINARIAS () NO ()
 35.2. PIELONEFRITIS SI () NO ()
 35.3. LITIASIS SI () NO ()
 35.4. GLOMERULOPATIAS SI () NO ()
 35.5. RENOVASCULAR SI () NO ()
 35.6. TUMORES SI () NO ()
 35.7. ENF.POLIQUISTICA SI () NO ()
- 36.- ENDOCRINOLOGICOS:
 36.1. DIABETES MELLITUS SI () NO ()
 36.2. HIPERTIROIDISMO SI () NO ()
 36.3. ALDOSTERONISMO SI () NO ()
 36.4. CUSHING SI () NO ()
 36.5. ALDOSTERONISMO I SI () NO ()
 36.6. ALDOSTERONISMO II SI () NO ()
 36.7. HIPERPLASIA A.C. SI () NO ()
 36.8. FEOCROMOCITOMA SI () NO ()
 36.9. TUMOR CROMAFIN A. SI () NO ()
 36.10. SX. CARCINOIDE SI () NO ()
 36.11. GOTA SI () NO ()
37. NEUROLOGICOS:
 37.1. ISQUEMIA C.TRANS. SI () NO ()
 37.2. HEMORRAGIA SI () NO ()
 37.3. TROMBOSIS SI () NO ()
 37.4. HIPERTENSION ENDOC. SI () NO ()
- 38.- OBSTETRICOS:
 38.1. EMBARAZO SI () NO ()
 38.2. PRECLAMPSIA SI () NO ()
 38.3. ECLAMPSIA SI () NO ()
- 39.- MEDICAMENTOS:
 39.1. ANTICONCEPTIVOS O. SI () NO ()
 39.2. ESTROGENOS SI () NO ()
 39.3. ANFETAMINAS SI () NO ()
 39.4. AINE SI () NO ()
 39.5. SUSTANCIAS TOPICAS SI () NO ()
- 40.- OTROS:
 40.1. COLAGENOPATIAS SI () NO ()
 40.2. POLICITEMIA VERA SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

V.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

- 41.- HIPERTENSION ARTERIAL
 SI () NO ()
- 42.- DIABETES MELLITUS
 SI () NO ()
- 43.- OBESIDAD SI () NO ()
- 44.- HIPERURICEMIA
 SI () NO ()
- 45.- ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
 SI () NO ()
- 46.- INSUFICIENCIA RENAL
 SI () NO ()
- 47.- ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL
 SI () NO ()

VI. EXPLORACION FISICA:

PESO	ESTATURA	FRECUENCIA CARDIACA	FREC. RESPIRATORIA
TENSION ARTERIAL		TENSION ARTERIAL MEDIA	
	B.O.	B.I.	M.D. M.I.
DE PIE	_____	_____	_____
SENTADO	_____	_____	_____
DECUBITO	_____	_____	_____
FUNDOSCOPIA:			
RETINOPATIA	SI ()	NO ()	
HEIT WAGENER	GRADO I ()	II ()	III () IV ()
PUGI SOLANES	GRADO I ()	II ()	III () IV ()
QUIROZ	GRADO I ()	II ()	III () IV ()
CUELLO:			
TIROIDES PALPABLE	()	NO PALPABLE ()	
PULSO CAROTIDEO	NORMAL ()	DISMINUIDO ()	NO PALPABLE ()
TORAX:			
CAMPOS PULMONARES			
AREA CARDIACA: RUIDOS CARDIACOS: RITMICOS () ARRITMICOS () Fc. _____			
FENOMENOS SOPLANTES			
ABDOMEN:			
SOPLO ABDOMINAL			
EXTREMIDADES:			
SUPERIORES:	PULSO HUMERAL:	NORMAL ()	DISMINUIDO () NO PALPABLE ()
	PULSO RADIAL	NORMAL ()	DISMINUIDO () NO PALPABLE ()
INFERIORES:	PULSO FEMORAL	NORMAL ()	DISMINUIDO () NO PALPABLE ()
	PULSO POPLITEO	NORMAL ()	DISMINUIDO () NO PALPABLE ()
	PULSO PEDIO	NORMAL ()	DISMINUIDO () NO PALPABLE ()
EDEMA:	SI ()	NO ()	

VII. LABORATORIO Y GABINETE:

48. Química Sanguínea: Glucosa _____ Urea & Creatinina _____ Acido úrico _____

49. Electrolitos: Na _____ Potasio _____ Cloro _____ Calcio _____ Magnesio _____

50. General de Orina Ph _____ Densidad _____ Sedimento _____
Hb _____ Albúmina _____ Eritrocitos _____

51. Perfil de lípidos: Colesterol _____ Acidos grasos _____ Trigliceridos _____
Alfa _____ Prebeta _____ Beta _____

52. Depuración de Creatinina _____

53. Electrolitos en orina: Sodio _____ Potasio _____

54. Albúmina en orina de 24 hrs. _____

55. Renina plasmática _____ 56. Ac Vanil Mandelico _____

57. Mrtanefrina _____ 58. Cortisol _____

59. Angiotensina _____ 60. Aldosterona _____

ELECTROCARDIOGRAM: FC _____ P _____ AQRS _____ CVI _____ BLOQUEO _____ ST _____

Rx. DE TORAX: INDICE CARDIACO _____ CRECIMIENTO VI: GRADO _____
TRANK VASCULAR _____
OIA _____ ODA _____

UROGRAFIA EXCRETORA: _____

TECNICA DE MAXWELL _____

TECNICA DE ARATA _____

SANAGRAMA RENAL _____

ARTEIOGRAFIA: _____

AORTO SELECTIVA _____

RENAL _____

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS: VALORACION DE CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE
EN TRATAMIENTO EN LA CLINICA DE HIPERTENSION ARTERIAL

I. FICHA DE IDENTIFICACION :

NOMBRE: _____ No. EXPEDIENTE: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE INICIO DE ESTUDIO: _____
OCUPACION: _____ ESCOLARIDAD: _____
DIRECCION: _____ TELEFONO: _____
CLINICA DE ADSCRIPCION: _____
MOTIVO DE ALTA DE LA CLINICA DE HIPERTENSION: _____

II. ANTECEDENTES:

1. ¿ Cuándo se realizó dx de hipertensión arterial sistémica?
año: _____ mes: _____ día: _____
2. ¿ Ha presentado síntomas relacionados a Hipertensión Arterial:
a) Previo al diagnóstico de Hipertensión Arterial?
 sí () no ()
b) Posterior al saber el diagnóstico de Hipertensión Arterial ("Etiquetamiento")? sí () no ()
3. ¿ Ha recibido tratamiento antihipertensivo?
 sí () no ()
¿ Desde cuando ha recibido tratamiento antihipertensivo?
año: _____ mes: _____ día: _____
5. ¿ Qué medicamentos ha recibido en relación Hipertensión Arterial u otro padecimientos?
Enunciar cuáles, dosis, tiempo de administración: _____
6. Tipo de tratamiento antihipertensivo:
dieta: SI () NO ()
farmacológico:
 a) una droga: sí () no ()
 b) más de una droga: sí () no ()
7. ¿Leva algún tipo de actividad comunitaria? (con participación activa).
 a) social: sí () no ()
 b) familiar: sí () no ()
 c) trabajo: sí () no ()
8. ¿ Ha presentado efectos el diagnóstico y tratamiento antihipertensivo - sobre sus actividades sociales, familiar, trabajo (tribuna Libre)?
 sí () no ()
9. ¿Tiene alguna enfermedad concomitante a la Hipertensión Arterial?
 sí () no ()
Enunciar cuales: _____
10. ¿Ha sido hospitalizado en alguna ocasión como consecuencia del descontrol de Hipertensión Arterial?
 sí () no () ¿cuántas veces? _____

III. SINTOMAS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO:

cefalea.....	si ()	no ()
mareos.....	si ()	no ()
tinnitus.....	si ()	no ()
alteraciones visuales.....	si ()	no ()
calambres.....	si ()	No ()
fatigabilidad.....	si ()	no ()
insomnio inicial.....	si ()	no ()
insomnio subsecuente.....	si ()	no ()
cansancio al despertar.....	si ()	no ()
diaforesis (sudoración).....	si ()	no ()
opresión de tórax.....	si ()	no ()
palpitaciones.....	si ()	no ()
ansiedad.....	si ()	no ()
labilidad emocional.....	si ()	no ()

cae fácilmente en estados de irritabilidad o depresión emocional:

irritabilidad.....	si ()	no ()
depresión.....	si ()	no ()
falta de iniciativa.....	si ()	no ()

hay falta de concentración mental en sus labores habituales?

si () no ()

¿Ha observado pérdida de la memoria en forma progresiva desde el inicio del tratamiento antihipertensivo?

si () no ()

¿Ha observado disminución de la actividad sexual desde el inicio del tratamiento antihipertensivo?

si () no ()

-falta de ppetito.....si () no ()

-náuseas.....si () no ()

IV. VALORACION DEL ESTADO DE SALUD: poner puntuación aproximada de acuerdo a los siguientes parámetros:

- a) bienestar completo.....1.000
- b) pequeñas molestias.....0.975
- c) malestarpuede haber síntomas pero no disminución de la eficiencia.....0.870
- d) incapacidad menor: disminución considerable de la eficiencia.....0.800
- e) incapacidad mayor: disminución grave de la eficiencia0.750
- f) incapacitado: no puede trabajar.....0.625
- g) recluido: no sale de su casa habitación.....0.375
- h) postrado en cama.....0.125
- i) muerte.....0.000

Índice del estado de salud: _____

Realizó: Dr _____

III. RESULTADOS

De la muestra investigada se reunieron 95 enfermos bajo los criterios ya mencionados, que comprendían 36 hombres y 69 mujeres con diagnósticos de hipertensión arterial, catalogada como leve y moderada, con o sin tratamiento farmacológico antihipertensivo de base; el seguimiento fué de 51 pacientes. 18 hombres y 33 mujeres. Es decir 51 enfermos realizaron la segunda encuesta se negaron a resolverla 11 y no localizables correspondían a pacientes foráneos 33. (tabla No.1)

La presión arterial sistólica y diastólica en promedio de la población total en hombres y mujeres fué de 150.6 y 155 mm de Hg y de 101.8 y 99.6 respectivamente para la muestra en estudio con seguimiento, las presiones arteriales en la primera y segunda evaluación fué similar a la población total investigada, es decir de 159/112 y de 146/93 en la segunda evaluación.(gráfica 1 y 2).

De la muestra inicial de 95 enfermos, 80 manifestaron síntomas relacionados con hipertensión arterial antes de conocer el diagnóstico, 13 se refirieron asintomáticos, 65 manifestaron síntomas después del diagnóstico y 28 estuvieron asintomáticos. (tabla No. 2)

67 enfermos se manifestaron afectados en el área social, 15 en el área familiar y 63 en el área de trabajo (efectividad, ausentismo inicial del 66%, disminuyó a 33%. La limitación física condicionada tanto por el tratamiento y la hipertensión sostenida y que ameritaron hospitalización repetida al servicio de urgencias adultos, fué de 89 días en la primera evaluación y de 5 días en la segunda. (tabla No. 3)

Los síntomas referidos por los pacientes un total de 21 fueron evaluados en dos ocasiones y se observan en la tabla No. 4 en forma comparativa, demostrando en la primera evaluación sobre todo síntomas en el área cognoscitiva; en relación de síntomas con los esquemas de tratamiento se observaron con dependencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) los siguientes: cefalea, fatiga, calambres, insomnio inicial, sensación de opresión en el tórax así como falta de iniciativa, disminución de la memoria y de la actividad sexual (tabla No. 5). En la primera evaluación 11 pacientes estaban sin tratamiento, 24 con monoterapia y, 17 con esquemas combinados, el medicamento más administrado en la primera evaluación fué la metildopa y como esquema combinado, los diuréticos y metildopa. los diuréticos y vasodilatadores. En la segunda evaluación el medicamento empleado de elección en forma de monoterapia fue un betabloqueador y como esquema combinado los diurético y betabloqueadores, observando una dependencia estrecha entre los esquemas de tratamiento y la sintomatología descrita en la tabla correspondiente. (gráfica No.3).

En las escalas de evaluación de bienestar empleadas para tal efecto, tanto la propuesta por Fashel y Bush así como la de Karnofsky, la diferencial porcentual hacia la mejoría de bienestar completo fué positiva (ver tabla No.6), la mejoría en el nivel de bienestar fué indistinto utilizando la monoterapia y el esquema combinado.(gráfica No.3,4,5)

RESPUESTA A LA SEGUNDA EVALUACION
DE CALIDAD DE VIDA

I. SE NEGARON A RESOLVER

LA SEGUNDA ENCUESTA: 11

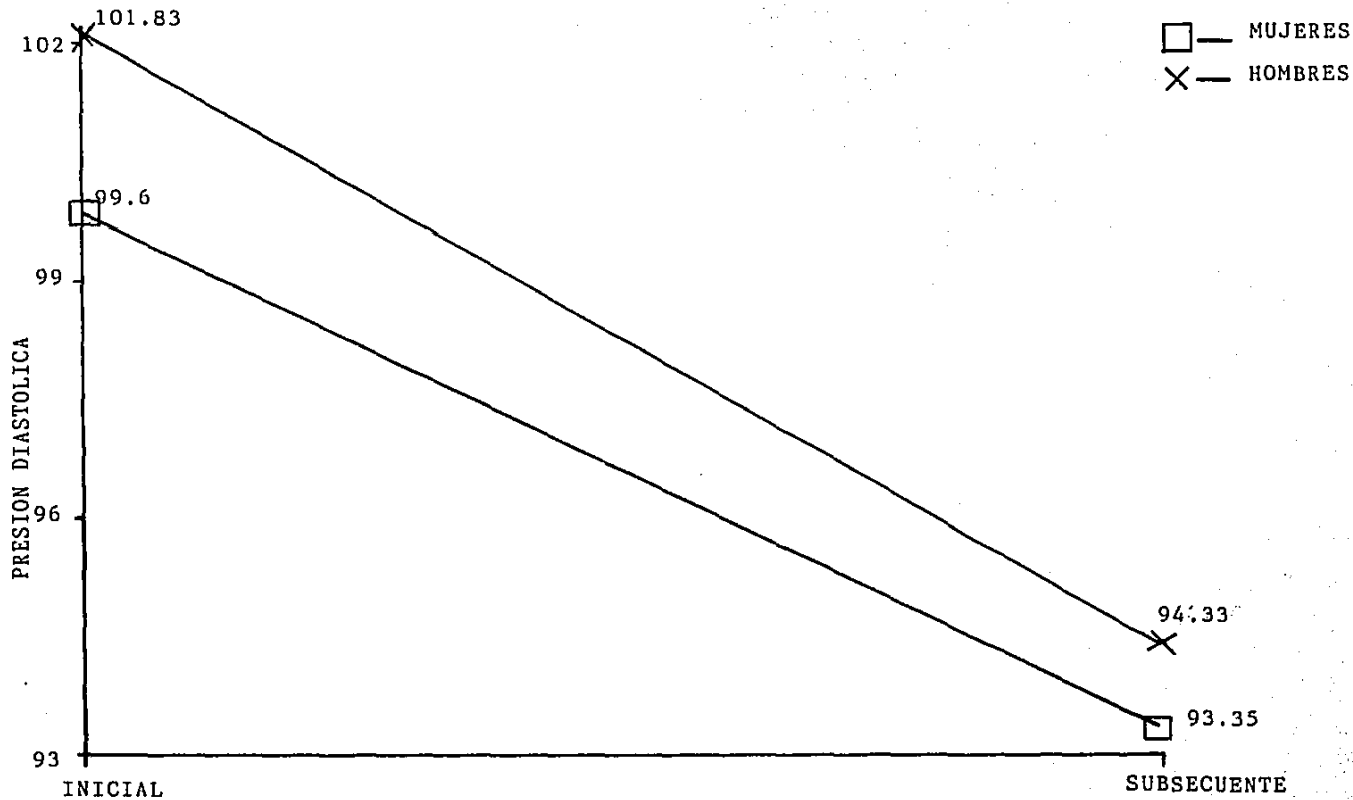
II. REALIZARON LA SEGUNDA

EVALUACION: 15

III. NO LOCALIZABLES POR CAMBIO

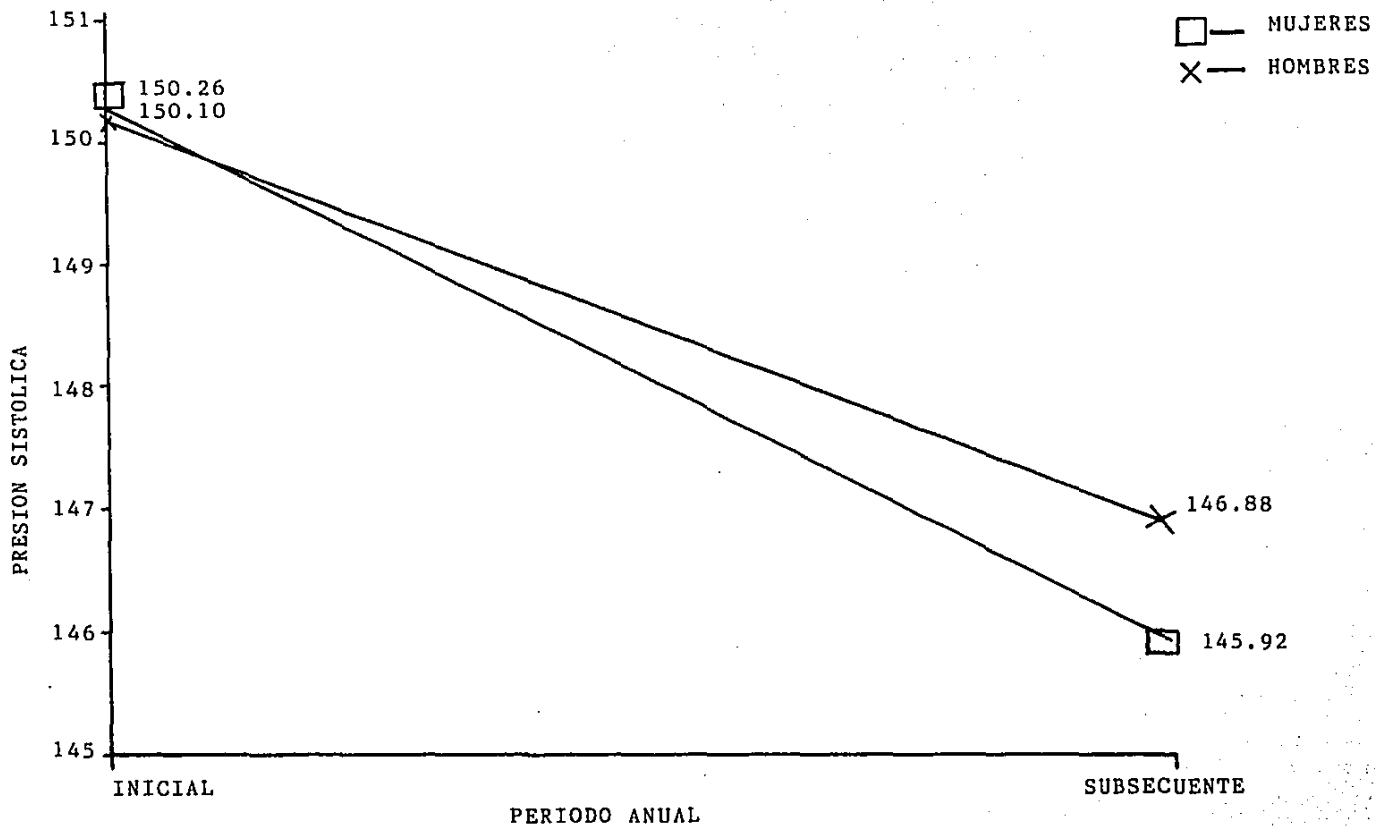
DE DOMICILIO, FORANEOS O POR

NEGARSE AL ESTUDIO: 33



PERIODO ANUAL

GRAFICA No.2



GRAFICA No.1

EFEECTO DEL TRATAMIENTO DE ANTIHIPERTENSIVOS
EN UN GRUPO DE HIPERTENSOS

MANIFESTARON DE "ETIQUETAMIENTO" AL CONOCER
EL DIAGNOSTICO, EVALUADOS: 95.

MANIFESTARON SINTOMAS ANTES DE CONOCER
EL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSOS: 80

SE MANIFESTARON ASINTOMATICOS ANTES DE CONOCER
EL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION: 13

MANIFESTACION DE SINTOMAS POSTERIOR AL CONOCIMIENTO
DEL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION: 85
SE MANIFESTARON ASINTOMATICOS: 28

EFFECTO DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN
LA PRIMERA EVALUACION SOBRE LA ACTIVIDAD

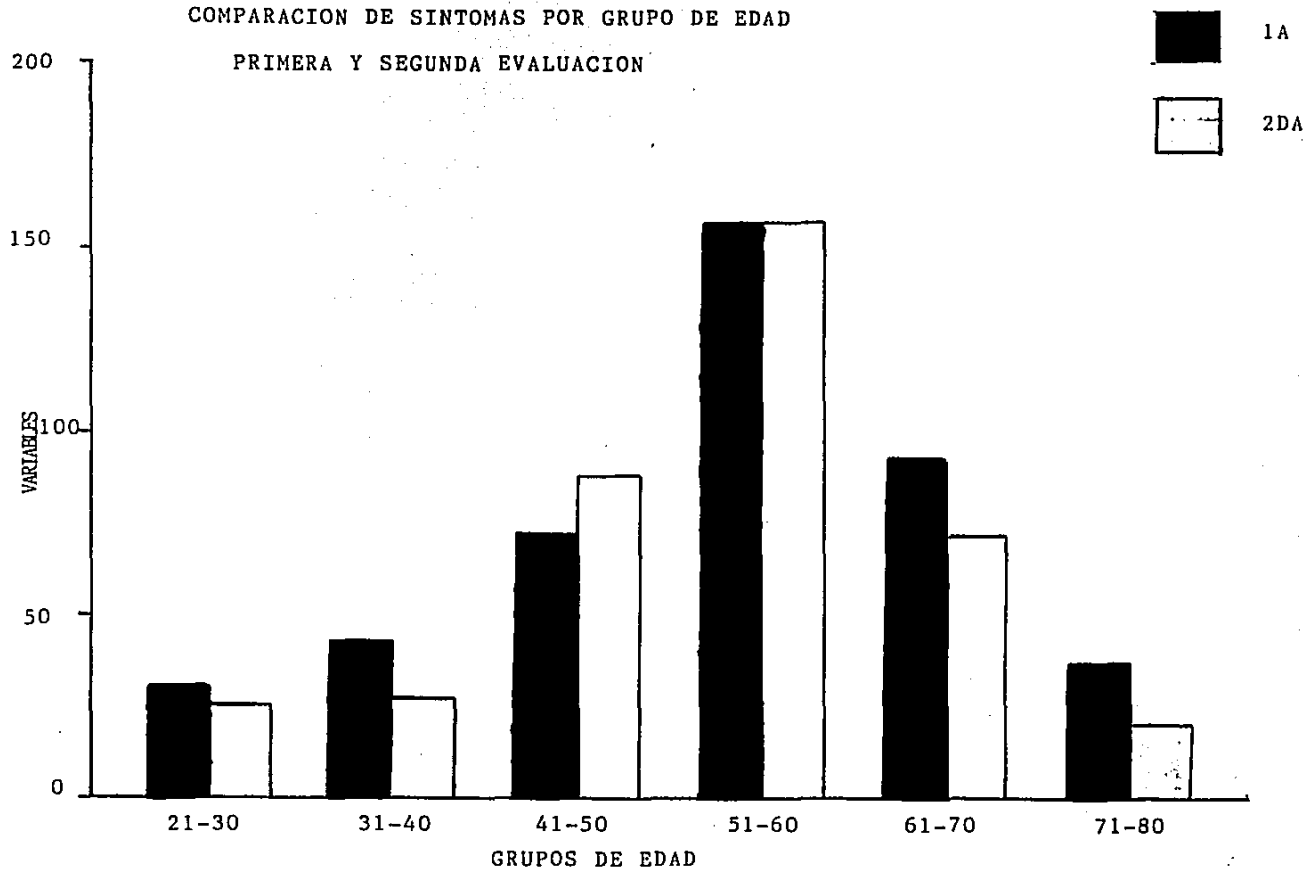
I. SOCIAL.....	67	DISMINUYERON SU ACTIVIDAD
II. FAMILIAR.....	51	
III. TRABAJO (AUSENTISMO, DEJARON DE TRABAJAR(63)		

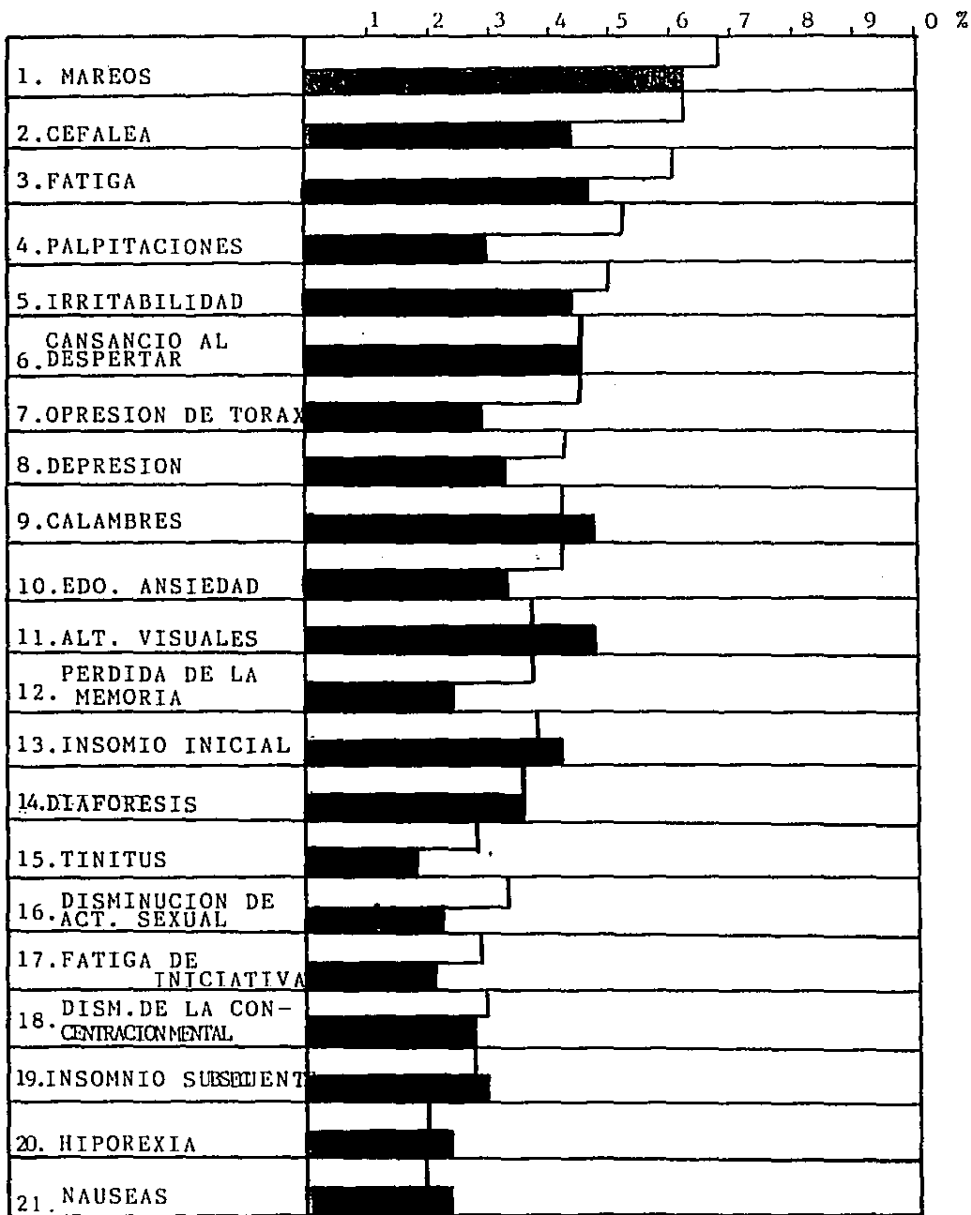
MUESTRA: 95

TABLA No.3

COMPARACION DE SINTOMAS POR GRUPO DE EDAD

PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACION





□ 1ª EVALUACION

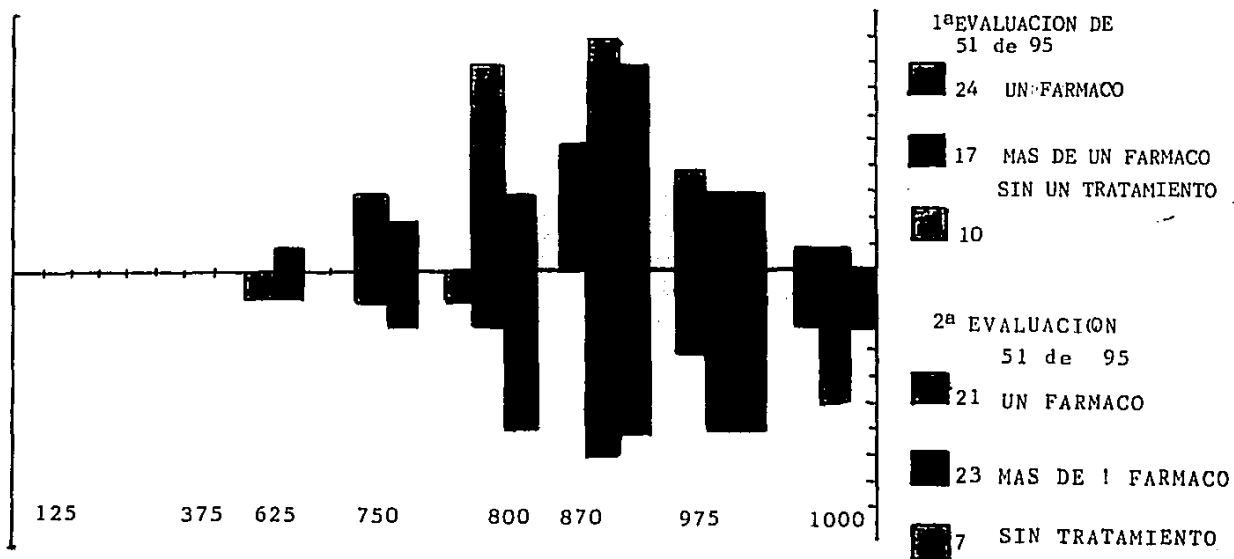
■ 2ª EVALUACION

TABLA No. 4

SINTOMA	1 ^a .EVALUACION		2 ^a .EVALUACION	
	X ²	(p)	X ²	(p)
CEFALEA	8.6	-0.05	5	+0.05
MAREOS	4.4	+0.05	8.0	-0.05
TINITUS	0.1	+0.05	2.5	+0.05
ALT. VISUALES	0.2	+0.05	3.8	+0.05
CALAMBRES	6.3	-0.05	8.1	-0.05
FATIGA	5.9	-0.05	8.8	-0.05
INSOMNIO INICIAL	6.2	-0.05	4.9	+0.05
INSOMNIO SUBSEC.	0.3	+0.05	1.4	+0.05
CANSANCIO MATUTINO	3.3	+0.05	9.2	-0.05
DIAFORESIS	3.8	+0.05	2.0	+0.05
OPRESION DE TORAX	6.5	-0.05	1.6	+0.05
PALPITACIONES	5.2	+0.05	5.0	+0.05
ANSIEDAD	2.7	+0.05	0.09	+0.05
IRRITABILIDAD	2.1	+0.05	1.3	+0.05
DEPRESION	3.6	+0.05	1.9	+0.05
FALTADE INICIATIVA	6.7	-0.05	4.1	+0.05
FALTA DE CONCENTRA- CION MENTAL	5.4	+0.05	3.1	+0.05
DISMINUCION DE LA MEMORIA	8.2	-0.05	5.2	+0.05
DISMINUCION DE LA ACTIVIDAD SEXUAL	6.7	-0.05	7.5	-0.05
ANOREXIA	3.0	+0.05	2.6	+0.05
NAUSEAS	5.2	+0.05	0.4	+0.05

TABLA No. 5

EFFECTO DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LA CALIDAD DE VIDA

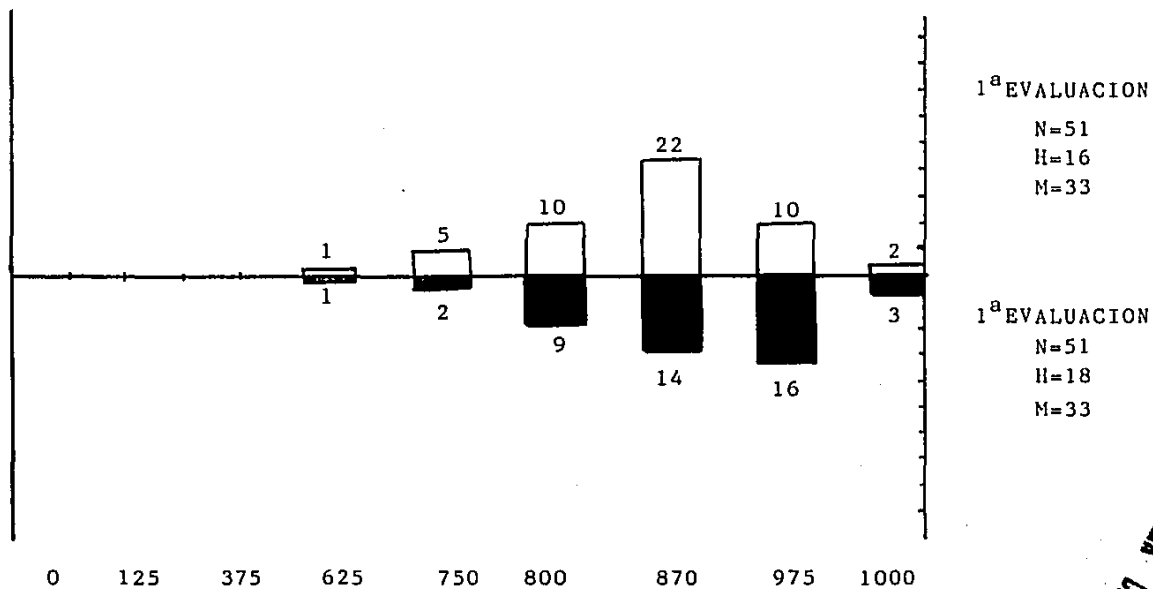


GRAFICA No. 3

ESCALA DE EVALUACION	1a.EVALUACION	2a.EVALUACION	DIF%	ESTIMACION DEL % EN EN LA POBLACION(95%)	
				1a.E.	2a.E.
1.000	2/51(3.9%)	3/51(5.8)	+1.9	0-9%	0-1.2%
0.975	10/51(19.6)	16/51(31.3)	+11.7	8-30%	18-44%
0.875	22/51(43)	14/51(27.4)	-15.6	29-56%	15-39%
0.800	10/51(19.6)	9/51(17.6)	-2	8-30%	7.1-28%
0.750	5/51(9.8)	2/51(3.9)	-5.9	1.6-17%	0-9%
0.625	1/51(1.9)	1/51(1.9)	0	0-5%	0-5%
KARNOSFKY					
100	3/51(5.8)	2/51(3.9)	-1.9	0-1.2%	0-9%
90	17/51(33.3)	25/51(49)	+15.7	20-46%	35-62%
80	22/51(43.1)	20/51(39.2)	-3.9	29-56%	25-52%
70	8/51(15.6)	5/51(9.8)	-9.8	5-25	0-1.2%
60	1/51(1.9)	1/51(1.9)	0	0-5%	0-5%

Tabla No.6

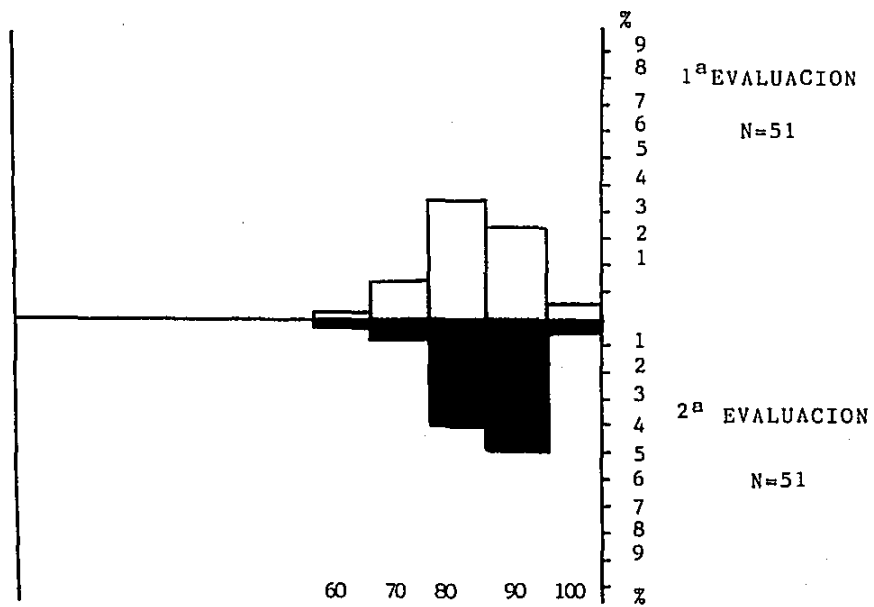
EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA EN UN GRUPO DE HIPERTENSOS



GRAFICA No.4

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CALIFICACION EN LA ESCALA KARNOFSKY



GRAFICA No. 5

IV. DISCUSIONN

Existen múltiples esquemas de manejo farmacológico en la actualidad, sin embargo su efectividad se ve aminorada por varios factores, entre los principales la falta de adherencia a los mismos por parte del paciente, y posiblemente esto sea debido a los efectos secundarios del medicamento.

En nuestro informe el 53% de la muestra contestó por segunda ocasión el cuestionario, el resto de la muestra dejó de hacerlo por falta de interés sobre su problema o falta de información, es probable que la población menos informada corresponda a la que ... lleva un tratamiento de manera irregular o tenga mayores efectos secundarios.

Las cifras de presión arterial en una segunda evaluación a corto plazo se encontraron dentro de rango de normalidad en promedio, a pesar de esto un grupo de la muestra persistió con síntomas que estadísticamente correlacionaron con el tratamiento establecido, guardando íntima realción con dos medicamentos, tanto en la primera evaluación como en la segunda evaluación (metildopa, batabloqueador), sin dejar de puntualizar que la combinación con diuréticos, los síntomas no solo persistieron sino que también se exacerbaron.

La importancia de evaluar la calidad de vida en caso de iniciar tratamiento farmacológico, cada vez se generaliza másy es más aceptado. Jachuek y Cols estudiaron en 75 pacientes el efecto del tratamiento sobre la calidad de vida observando en este grupo que el 48% tuvo mejoría en las cifras tensionales; sin embargo

el 75% tuvo reacciones adversas al tratamiento, incluyendo disminución en la afectividad, alteraciones en la memoria y en la actividad sexual así como las alteraciones de la personalidad(6).

Los abandonos al estudio, al tratamiento en forma regular y al consecuente descontrol de las cifras tensionales observada en algunos enfermos pudiera relacionarse con el impacto inicial del diagnóstico y después con el tipo de tratamiento establecido, que a su vez se encuentra relacionado con el tipo de personalidad del individuo (18,19). El plan de vida del paciente y sus expectativas deben de tomarse en cuenta seleccionar el tratamiento (11,20) para establecer que propuestas son las más adecuadas, para mejorar la calidad del paciente, y de este modo justificar el tratamiento.

La estandarización de cuestionarios de evaluación es difícil pero es importante darse cuenta de las repercusiones del tratamiento sobre el individuo, ya que de esta manera podemos explicar los motivos de abandono del tratamiento. Aunque se reconoce que el objetivo principal del tratamiento antihipertensivo es la disminución en la morbimortalidad por la hipertensión, esto es de tomarse de manera estricta en el caso de la hipertensión severa; sin embargo, en el caso de hipertensión leve y moderada, el valorar las ventajas y desventajas de cada medicamento, la tolerancia y eficacia son tan importantes como la disminución de las cifras tensionales (5). Aunque en el estudio observamos mejoría en los niveles de eficiencia, al valorar la sintomatología de manera global encontramos síntomas que afectan áreas en el individuo que disminuyen el pleno desenvolvimiento, como consecuencia del tratamiento establecido. la persistencia de algunos síntomas

observados con la metildopa y los betabloqueadores y en el caso de que el esquema combinado en el que se agrego un diurético (tiazida, furosemide), este último elemento podría explicar dichos síntomas y además la irregularidad y suspensión del mismo que en estudios previos se ha observado en el 20-30% de los hipertensos que reciben dicho esquema (1); la búsqueda del tratamiento ideal, capaz de disminuir un medicamento hasta en más del 50% las cifras tensionales, que se utilice en una sola dosis, que tenga efectos mínimos sobre los electrolitos, lípidos, metabolismo de la glucosa, que evite la hipertrofia ventricular y que su costo monetario sea accesible a la población, es difícil de encontrar por el momento. Sin embargo, lo que si podemos hacer es adaptar el tratamiento a las condiciones físicas actuales del individuo, a su edad y sexo como a sus actividades en las áreas evaluadas (social, familiar, trabajo)(1). Los cambios encontrados en las escalas de evaluación propuestas y los síntomas físicos, la posibilidad de que ocurra mejoría, estabilidad o empeoramiento en un enfermo, dependerá del tipo de tratamiento que recibe, aunque hay variables que deben ser tomadas en cuenta como edad, sexo y estado socio-económico, que pueden dar manifestaciones diferentes sobre la evaluación.

Los resultados obtenidos con las escalas utilizadas que evalúan actividad y síntomas fueron similares, por igual, aunque la propuesta por Bulpitt y Fletcher, integran el estado psicológico del paciente.

La puntuación de bienestar puede ser de utilidad en la balanza entre los beneficios o efectos a adversos del tratamiento antihipertensivo.

VI. CONCLUSIONES

1. LA calidad de vida del hipertenso se relaciona con diversos factores , entre otros los producidos por el impacto del diagnóstico sobre el paciente, y que pueden estar relacionados, con los abandonos al estudio, al seguimiento regular del tratamiento, y descontrol de las cifras de presión arterial.
2. El tratamiento antihipertensivo puede tener repercusiones en el aspecto social, en la dinámica familiar y en el trabajo; encontrando una relación directa entre los esquemas de tratamiento, sintomatología y la eficiencia del individuo.
3. El tratamiento farmacológico mejora la calidad de vida en una segunda evaluación a corto plazo, a pesar de la utilización de más de un fármaco ; sin embargo la persistencia de algunos síntomas son atribuibles, a la combinación de un diurético en el esquema.
4. Los síntomas relacionados estadísticamente con el tratamiento fueron; cefalea, fatiga, calambres, insomnio inicial, sensación de opresión de tórax, falta de iniciativa, disminución de la memoria y de la actividad sexual.
5. Los medicamentos más empleados en el tratamiento y con efectos adversos similares fueron la metildopa y betabloqueador.
6. Los conceptos médicos se limitan al control de las cifras tensionales sin evaluar las actividades del individuo, ni el cumplimiento del tratamiento prescrito.
7. Las escalas de evaluación de bienestar fueron de utilidad para poner en balanza los beneficios o efectos adversos de los tratamientos.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Schoenberg, MD. New approaches to a first-line treatment of hypertension. The Am. J. of Med. 1988; 84: 26.
2. Finnerty, MD. Step-down therapy for hypertension. Post-graduate med. 1985; 77(7): 78.
3. Hurtado C. Prevalencia de hipertensión arterial, obesidad e hipercolesterolemia. Tesis. HR. "20 de noviembre". 1988.
4. The 1988 Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch. Intern Med. 1988; 140: 1030.
5. Wilhelmsen, MD. Hypertension: Introductory statement. Am. Heart J. 1987; 114(1): 220.
6. Kaplan N, MD. Clinical Hypertension. 4a ed. 1987; 11.
7. Breckenridge, MD. Current controversies in the treatment of hypertension. The Am. J. of Med. 1988; 84(suppl-1B): 36.
8. Chobanian, MD. Antihypertensive therapy in evolution. The New England J. of Med. 1986; 314(26): 1701.
9. DeQuatro, MD. The 1980s: A patient-specific therapeutic approach in hypertension. Am. Heart J. 1987; 114: 224.
10. Chesney M, Agras S, MD. Nonpharmacologic approaches to the treatment of hypertension. Circulation. 1987; 76:
11. Cohen C. PhD. Reflexiones filosóficas sobre el impacto de la cirugía coronaria en la calidad de vida. Calidad de Vida. 1984; 1(6): 171.

12. Shapiro, MD. Alderman, MD. Behavioral consequences of hypertension and antihypertensive therapy. *Circulation*. 1987;76(suppl-1):I-101.
13. Bulpitt c, MD. Importance of well-being to hypertensive patients. *The Am. J. of Med.* 1988;84(suppl-1B):40.
14. Croog, Testa, Brown, Bulpitt, MD. Los efectos del tratamiento antihipertensivo sobre la calidad de vida. *N. Engl. J. Med.* 1986;314:1657.
15. Storstein L. Cambios del estilo de vida en pacientes cardiovasculares, medición de su efecto. *Calidad de vida-como se puede evaluar y mejorar.* 1987.:4.
16. Bulpitt, Fletcher, MD. Quality of life in hipertensive patients on different antihypertensive treatments: rationale for methods employed in a multicenter randomized, controlled trial. *J. Cardiovasc. Pharmacol.* 1985;suppl 1:S137.
17. Bulpitt, Dollery, Carne, MD. Change in symptoms of hypertensive patients after referral to hospital clinic. *Bristish heart J.* 1976;38:121.
18. Testa Ma. Interpreting and quality-life clinical trial data for use in the clinical practice of antihypertensive therapy. *J. Hypertens.* 1987;5(!):S9.
19. Croog, Testa. Work performance, absenteeism and antihypertensive medications. *J. Hypertens.* 1987;5(1):S47.

20. Guez, MD. Crocq, MD. Effects of indapamide on the quality of life of hypertensive patients. The Am. J. of Med. 1988; 84:S53.

21. Karnofsky, DA. Buchernal, H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. Cancer. 1948;6:34